

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PRISCILA ANTUNES TSUPAL

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE NA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO**

CURITIBA

2011

PRISCILA ANTUNES TSUPAL

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE NA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Medicina Interna e Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Andrade Mulinari

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Mara Cesário Pereira Maluf

CURITIBA

2011

Tsupal, Priscila Antunes

Avaliação do impacto da capacitação de agentes comunitários de saúde na prevalência do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo / Priscila Antunes Tsupal. Curitiba. - 2011.

101 f.

Orientador: Prof. Dr. Rogério Andrade Mulinari

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Programa de Medicina Interna e Ciências da Saúde.

1. Aleitamento Materno 2. Agente Comunitário de Saúde 3. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde 4. Atenção Primária a Saúde 5. Educação em Saúde. I. Título. II. Mulinari, Rogério Andrade.

NLM: WS 125



Ministério da Educação
Universidade Federal do Paraná
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E CIÊNCIAS DA SAÚDE
= MESTRADO e DOUTORADO =


PARECER

Ao primeiro dia do mês de julho do ano de dois mil e onze, a banca examinadora constituída pelos **Professores Doutores**: Maria Emilia Daudt von der Heyde, Denise Siqueira Carvalho, Cintia Mendes Gama, Angelmar Constantino Roman e Rogério Andrade Mulinari, exarou o presente parecer sobre a tese elaborada por **PRISCILA ANTUNES TSUPAL**, aluna concluinte do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde – nível Doutorado da Universidade Federal do Paraná, intitulada: " **AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**". A Banca examinadora considerou que **PRISCILA ANTUNES TSUPAL**, apresentou trabalho adequado para tese e o defendeu com segurança e propriedade nas arguições que lhe foram feitas, de modo a merecer a sua aprovação, sendo recomendado à Universidade Federal do Paraná que lhe seja concedido o título de Doutor em Medicina Interna e Ciências da Saúde e a publicação de artigo em revista técnico-científica com corpo editorial, depois de incorporadas as sugestões apresentadas no decurso das arguições, cumpridas outras exigências previstas em normativas da pós-graduação.

Curitiba, 01 de julho de 2011.


Maria Emilia Daudt von der Heyde


Denise Siqueira Carvalho


Cintia Mendes Gama


Angelmar Constantino Roman


Rogério Andrade Mulinari

Aos meus filhos
Yan, Petr e Andrei
Por transformarem minha vida

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Rogério Andrade Mulinari, pela orientação, pela confiança, pelo desafio, pelos ensinamentos, pela direção segura e assertiva durante o processo de elaboração, construção e finalização do trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Eliane Mara Cesário Pereira Maluf pela competência na coorientação, pelos aprendizados, pela amizade e apoio. Pela elaboração das análises estatísticas e a compreensão delas. Pela disponibilidade sempre presente na construção desse trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Denise Siqueira Carvalho pela importante e efetiva participação na elaboração, construção, análise e correção estatística.

À Prof.^a Dr.^a Claudia Choma Bettega Almeida pela participação sempre presente na construção deste sonho. Pelo apoio incondicional do mestrado ao doutorado. Pelas sugestões oportunas na Banca de Qualificação. Pelo exemplo profissional e humano. Pela amizade sólida, verdadeira e enriquecedora.

À Prof.^a Dr.^a Maria Emilia Daudt Von Der Heyde (Mila) pelo auxílio na efetivação do Doutorado. Pelas sugestões oportunas e esclarecedoras na correção da tese.

Aos professores Sônia MariaChaves Haracemiv, Newton Sérgio de Carvalho, Raul Von Der Heyde, Cintia Mendes Gama e Angelmar Constantino Roman pelas valiosas contribuições. Às bibliotecárias Áurea e Lilia pela ajuda e orientação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, as secretárias Lúcia e Valéria e os professores Lineu César Werneck e Hélio A. G. Teive.

À Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), pelo apoio no processo de afastamento para qualificação docente.

Às alunas do Curso de Nutrição da UNICENTRO, pela participação na coleta dos dados.

À Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná no apoio ao Programa de Capacitação Docente das Instituições Estaduais de Ensino Superior (PCD-IEES).

À Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Guarapuava-PR.

À Equipe de Enfermagem da Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Guarapuava-PR.

Às mães e crianças que participaram como personagens especiais dessa história.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que contracenaram como atores principais no enredo desse trabalho.

Aos meus pais Rodolfo e Nancy, pelo amor e apoio incondicionais nos momentos de alegria, dor e dúvida. Pela ajuda física, emocional e espiritual. Pelas orações. Pelas ricas e alegres conversas dominicais. Pelas palavras sábias e oportunas. Pelos ensinamentos. Pelo exemplo de vida, coragem e determinação.

Aos meus filhos, Yan, Petr e Andrei, por me inspirarem durante todos esses anos. Por serem minha frágil força nos momentos de dificuldade. Por acreditarem com coragem em dias melhores quando tivemos que (re)construir nossas vidas, apenas nós quatro e um esboço de tese. Por compartilharem com alegria do meu sonho e acalentarem a esperança e a certeza de um futuro melhor.

Ao meu irmão Roberto por me ensinar uma grande e absoluta verdade, que a nossa maior e melhor companhia somos nós mesmos.

À Betty Antunes de Oliveira pelo exemplo de vida na minha vida. Pelas palavras sábias e oportunas nos momentos de dificuldade. Pela força da coragem. Pelo amor, carinho e cuidado para comigo e para com os meus.

À Paula Chuproski Saldan pelo apoio sempre presente na construção dessa tese. Pela importante ajuda nos momentos de idas e vindas de uma cidade para outra. Pela colaboração e participação na coleta dos dados. Pela ajuda e confiança como Chefe do Departamento de Nutrição da UNICENTRO. Pelo privilégio do convívio e aprendizado durante todos esses anos. Pela grande e verdadeira amizade.

Às demais brilhantes e incomparáveis pessoas da minha vida: Betty, Junia, Nelson, Adriana, Glaucia, Helga (Bile), Lúcia Helena, Silvia Helena, Dani, Lena, Ana Claudia, Fábio, Ana Paula, Jessie, Soraia, Tetê, Denise, Silvana, Raquel, Ana Maria e Márcia. Ao Heber pelo importante apoio no período da “travessia”, pela generosidade, carinho e amizade sempre presentes.

A todos que, de alguma forma e em algum momento da minha vida, me ampararam, me ensinaram, me exortaram, me compreenderam, me redirecionaram, me acalentaram, me encantaram, me levaram a sonhar, me provocaram questionamentos fazendo-me enxergar a vida através de um novo olhar!

De tudo que aprendi e
incansavelmente continuarei
aprendendo e reaprendendo na
minha caminhada de vida, posso
dizer como o poeta Amadeu Thiago
de Melo: "*Não tenho um caminho
novo. O que eu tenho é um jeito
novo de caminhar*". Faço assim a
minha trajetória de vida.

RESUMO

Estudo de intervenção no qual um grupo recebeu Capacitação Específica (CE) em Aleitamento Materno (AM) e outro denominado de Formação Convencional (FC), não recebeu a intervenção. Esse estudo se propôs a acompanhar as crianças nascidas, no período após a realização da capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), até que completassem seis meses de vida, para verificar a prevalência do AM e do Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Os ACS de 7 Unidades de Saúde (US), sorteadas dentre as 25 US da área urbana do município de Guarapuava-PR, preencheram um questionário (Pré Teste) sobre AM e alimentação complementar, receberam capacitação específica (CE) de 16 horas pelo manual do Ministério da Saúde e repetiram o mesmo questionário após uma semana (Pós Teste). Foram acompanhadas 344 mães de crianças menores de seis meses, com seus respectivos ACS, nas 25 US de setembro de 2007 a outubro de 2008, no 1º, 4º e 6º mês de vida da criança. Foram analisados os fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais, maternos e alimentares das famílias estudadas mediante um questionário codificado e validado. Os ACS do CE apresentaram retenção significativa do conteúdo, com aumento do número de acertos de 7,3 (Pré Teste) para 12,1 (Pós Teste) em média, de um total de 17 pontos máximos ($p < 0,0001$). As famílias do CE tiveram comportamento estatisticamente desfavorável nas variáveis: escolaridade materna e paterna, trabalho materno, número de trabalhadores na casa, renda familiar mensal, número de moradores na casa, categoria ABEP, tipo de casa, disponibilidade de saneamento básico e eletricidade e tipo de parto. Na análise multivariada do 4º mês, o uso de água, chá ou leite na mamadeira ($OR = 2,27/p < 0,001/IC95\% 1,41-3,66$) e o uso de chupeta ($OR = 9,29/p < 0,000/IC95\% 4,07-21,19$) apresentaram associação positiva com a variável dependente, sugerindo risco para o desmame. No 6º mês a variável que continuou apresentando risco positivo para o desmame foi uso de chupeta ($OR = 5,29/p < 0,007/IC95\% 1,57-17,81$). A prevalência de AM e AME no 1º e 4º mês não diferiu entre os grupos. No 6º mês a prevalência de AM foi similar entre os grupos, com 94% no CE e 94,8% no FC ($p = 0,52$), enquanto a AME diferiu marcadamente, com 7,7% no CE e 0,9% no FC ($p = 0,036$). Observou-se associação positiva com significância estatística entre pertencer ao Grupo CE e apresentar maior taxa de AME no 6º mês, quando nove crianças acompanhadas por ACS do Grupo CE permaneceram em AME, enquanto só uma do Grupo FC ($OR = 9,41/p < 0,019/IC95\% 1,17-75,58$). Sugere-se, portanto, que as mães de crianças visitadas por ACS sem capacitação apresentaram maior risco de abandonarem o AME ao 6º mês de vida. Conclui-se que um ciclo de capacitação foi eficiente em incorporar conhecimentos aos ACS e eficaz em aumentar a prevalência do AME em crianças menores de seis meses, mesmo em condições de vulnerabilidade socioeconômica e demográfica.

Palavras Chave: Aleitamento Materno, Agente Comunitário de Saúde, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Atenção Primária a Saúde, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Intervention study with a group having Specific Training on Breastfeeding while another named Conventional Training, did not have such an intervention. This study objectified to follow up the newly-born after the qualification of Community Health Agents until the babies were six months of age in order to verify the prevalence of Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding. Community Health Agents of 7 Health Units, randomly selected among the 25 Health Units of the urban area in the municipality of Guarapuava, Parana State/Brazil, filled out a questionnaire (Pre-test) on Breastfeeding and Complementary Feeding, took 16 hour-specific training through the Ministry of Health handbook, and repeated the same questionnaire a week later (Post-test). Three hundred and forty-four mothers (344) of children under 6 months old were followed up with their respective Community Health Agents in 25 Health Units from September/2007 to October/2008, during the babies' 1st, 4th, and 6th months. Socioeconomic, demographic, environmental, maternal and eating factors of the studied families were analyzed by means of a coded, validated questionnaire. The Community Health Agents in the Specific Training group presented a meaningful content retention with an average increase in the correct answers from 7.3 (Pre-test) to 12.1 (Post-test) out of maximum 17 points ($p < 0.0001$). Families from the Specific Training group had statistically unfavorable behavior in the variables as follows: parents' educational level, mothers' jobs, number of working people at home, monthly family income, and number of home residents, Brazilian Association of Demographic Studies category, type of housing, sewage disposal and electricity, and type of delivery. In the 4th month multivariate analysis, the use of water, tea or milk in the bottle ($OR = 9.29/p < 0.001/IC\ 95\% 1.41 - 3.66$) and the use of pacifiers ($OR = 9.29/p < 0.0001/IC\ 95\% 4.07 - 21.19$) presented positive correlation to the dependent variable, suggesting weaning risk. In the 6th month, the variable which kept featuring positive weaning risk was the use of pacifiers ($OR = 5.29/p < 0.007/IC\ 95\% 1.57 - 17.81$). There was no difference in the prevalence of Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding between the groups in the 4th and 6th months. In the 6th month, the prevalence of Breastfeeding was similar between the groups, featuring 94% in the Specific Training Group, and 94.8% in the Conventional Training Group ($p = 0.52$), while Exclusive Breastfeeding notably differed, featuring 7.7% in the Specific Training Group, and 0.9% in the Conventional Training Group ($p = 0.036$). It was evidenced a positive correlation with statistical significance between belonging to the Specific Training Group and featuring higher Exclusive Breastfeeding rate in the 6th month, as 9 babies followed up by Community Health Agents with Specific Training remained exclusively breastfed while only one baby did in the Conventional Training Group ($OR = 9.41/p < 0.019/IC\ 95\% 1.17 - 75.58$). Therefore, it is suggested that mothers of babies followed up by Community Health Agents without qualification featured higher risk of giving up Exclusive Breastfeeding during the 6th month. It is concluded that a training cycle was efficient to provide Community Health Agents with skills as well as effective to enhance the prevalence of Exclusive Breastfeeding in babies under six months of age, even in vulnerable socioeconomic and demographic conditions.

Key words: Breastfeeding, Community Health Agent, Health Human Resource Training, Primary Health Care, Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 OBJETIVOS.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 PANORAMA MUNDIAL DA SAÚDE.....	16
2.2 PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
2.3 PROGRAMAS VOLTADOS À EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AO ACS.....	26
2.4 MORTALIDADE INFANTIL, PROGRAMAS E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL.....	28
2.5 AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO.....	33
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	41
3.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO.....	41
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	41
3.3 SELEÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE E SEUS RESPECTIVOS ACS.....	42
3.4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES.....	42
3.5 AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO PRÉVIO DOS ACS EM AM, AME E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR.....	43
3.6 CAPACITAÇÃO DOS ACS DO GRUPO CE.....	43
3.7 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DO ESTUDO.....	44
3.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	44
3.9 INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS.....	45
3.10 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	47
3.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	48
3.12 ÉTICA EM PESQUISA.....	49
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	50
4.1 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DOS ACS E DA EFICIÊNCIA DA CAPACITAÇÃO.....	50
4.2 TOTAL DE MÃES E BEBÊS DOS GRUPOS CE E FC NO 1.º, 4.º E 6.º MÊS.....	52
4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS, AMBIENTAIS E MATERNAS DOS GRUPOS CE E FC NO 1.º MÊS	53
4.4 RESULTADO DA ANÁLISE MULTIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A VARIÁVEL DEPENDENTE “MÃE DE CRIANÇAS VISITADAS POR ACS DO GRUPO CE” NO 4º E 6º MÊS.....	56
4.5 PREVALÊNCIA DO AM E AME NO 1.º, 4.º E 6.º MÊS.....	56
4.6 RESULTADO DA ANÁLISE MULTIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A VARIÁVEL DEPENDENTE “ALEITAMENTO MATERNO” NO 4º E 6º MÊS.....	57
4.7 AVALIAÇÃO DO AME ENTRE O CE E FC NO 1.º, 4.º E 6.º MÊS.....	59

5 DISCUSSÃO.....	60
5.1 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DA CAPACITAÇÃO DOS ACS.....	60
5.2 ANÁLISE DO PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DO GRUPO CE E FC.....	61
5.3 ANÁLISES DAS VARIÁVEIS NO 4.º E 6.º MÊS.....	65
5.4 ANÁLISES DA CAPACITAÇÃO NA PREVALÊNCIA DO AME.....	71
5.5 COMENTÁRIO FINAL.....	73
6 CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	88
ANEXO.....	100

1 INTRODUÇÃO

As práticas alimentares inadequadas e suas consequências são os grandes obstáculos ao desenvolvimento socioeconômico sustentável e à redução da fome e da pobreza no Brasil e no Mundo (OMS; UNICEF; IBFAN, 2005).

Enquanto não estiverem garantidos o crescimento e o desenvolvimento da dupla mãe-bebê, especialmente por meio da promoção, proteção e do apoio à saúde e nutrição dessa população, os governos não alcançarão sucesso nos seus esforços de acelerar um significativo desenvolvimento socioeconômico, político e cultural de longo prazo (OMS; UNICEF; IBFAN, 2005).

O Governo Federal, no atendimento a essas questões, criou alguns programas voltados para a concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, na redução da fome e da pobreza, na humanização da assistência à população e no estabelecimento de uma nova relação entre profissionais de saúde e comunidade. Entre esses, dois programas estão diretamente ligados à população, o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) contracenava nesse cenário fazendo parte da equipe do PSF, fortalecendo o vínculo entre a equipe e a comunidade, desenvolvendo uma função de mediador entre a divulgação e a aplicação das atividades propostas por toda equipe local de Saúde ou pela Equipe Saúde da Família, sendo contratado para trabalhar com ações educativas e preventivas, em âmbito individual e coletivo (SOUZA, 2001; BRASIL, 2005a). Dentre as ações desenvolvidas, destaca-se a assistência materno-infantil, que envolve a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno (AM) (TRAD; BASTOS, 1998; BRASIL, 2000a).

A promoção ao aleitamento materno exclusivo (AME) é uma das prioridades dos programas, a qual age como diretriz em diversas estratégias educativas. Um dos materiais elaborados nos últimos anos no âmbito da nutrição infantil foi o Manual do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), intitulado *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica* (BRASIL, 2002a). Esse Manual foi elaborado para profissionais de saúde e ACS, com objetivo de dar orientações alimentares para mães e responsáveis pelas

crianças pequenas, principalmente durante a transição entre o aleitamento materno e a alimentação da família. O Manual foi baseado no *Guia alimentar para crianças menores de dois anos* (BRASIL, 2002b), outra publicação do MS e da OPAS, que contém informações científicas detalhadas sobre alimentação infantil, práticas alimentares, percepções, tabus alimentares e problemas nutricionais mais frequentes. Os objetivos principais dessas publicações são a diminuição da taxa de desmame precoce, melhorando a adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, e a introdução correta da alimentação complementar, apoiando as mães que amamentavam, melhorando a saúde e a qualidade do vínculo mãe/filho.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até os dois anos ou mais de vida da criança (WHO, 2007). Apesar de alguns avanços na adesão a essa prática, os índices nacionais estão aquém das recomendações. No Brasil, os dados do AME em crianças menores de quatro meses mostram ao longo dos anos um aumento importante, de 3,6%, em 1986 (BEMFAM, 1989), para 35,6%, em 1999, e 51,2% em 2008 (BRASIL, 2009b). Em crianças menores de seis meses, a prevalência do AME foi de 38,6%, em 2006 (BRASIL, 2009c), e 41% em 2008 (BRASIL, 2009b), apresentando um aumento pouco expressivo. No município de Guarapuava-PR, a prevalência do AME, em 2004, foi de 46,4% em crianças menores de quatro meses e 37,3% em menores de seis meses (TSUPAL, 2005), valores abaixo do recomendado pela OMS e MS.

No contexto das Políticas Públicas voltadas à saúde materno-infantil, o apoio, a proteção e a promoção do aleitamento materno têm sido prioridades, evidenciando as vantagens dessa prática tanto para as mães quanto para as crianças, mostrando-se um componente essencial para garantir a segurança alimentar dessa população.

Apesar de todos esses esforços, poucos estudos têm investigado o impacto desses materiais didáticos, divulgados extensivamente entre os profissionais de saúde, incluindo o ACS, nos estados e municípios brasileiros.

O objetivo desta investigação foi avaliar o impacto da capacitação de ACS na prevalência do AM e do AME em crianças menores de seis meses de vida através do Manual intitulado *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica*, de agosto de 2007 a outubro de 2008.

1.1 OBJETIVO

Avaliar o impacto da capacitação de Agentes Comunitário de Saúde na prevalência do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de vida na região urbana do município de Guarapuava-PR.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 PANORAMA MUNDIAL DA SAÚDE

A saúde mundial sofreu mudanças estruturais, provocadas pelas transformações sociais nas últimas décadas. A assistência médica, caracterizada apenas por ação isolada, individual, curativa e medicamentosa, passou por várias mudanças iniciando com uma alteração de modelo na Europa, a partir do século XIX. Em meio às transformações, a saúde transportou-se para a esfera pública e preventiva, iniciando um movimento de reestruturação em todo o mundo com relação à saúde pública.

Nesse contexto mundial e frente à necessidade de formação de organizações engajadas nesses princípios, originou-se primeiramente, logo após a Primeira Guerra Mundial, a Liga das Nações ou Sociedade das Nações, em 1919, conhecida como Tratado de Versalhes, e a Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, após a Segunda Guerra Mundial, ambas com o objetivo de manter a paz mundial. Na sequência, surgiram o Fundo das Nações Unidas para a Infância - United Nations Children's Fund (UNICEF), em 1946, e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, ambas subordinadas à Organização das Nações Unidas, sendo a primeira responsável pela defesa dos direitos das crianças e a segunda pelo desenvolvimento de ações de promoção da saúde para todos os povos.

A nova concepção de saúde, iniciada primeiramente no Reino Unido em 1920 e implantada posteriormente em outros países desenvolvidos, nasceu da proposta de reestruturação dos serviços e dos sistemas de saúde direcionados para uma abordagem regionalizada e organizada em bases populacionais. Essa proposta voltou-se para a atenção primária à saúde, tornando-se modelo para a preparação da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e pelo UNICEF, realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978, na então União Soviética. Passou a ser utilizada, a partir de então, como doutrina universal para todos os países envolvidos com a estratégia de organização e reorganização do sistema de serviços de saúde no mundo (STARFIELD, 2002). Foi durante essa Conferência que a maioria dos países das Nações Unidas iniciou um movimento em todo o mundo para a melhoria da saúde pública.

A *Declaração de Alma-Ata* é a carta mundial de intenções, referência para organismos e instituições públicas, sejam nacionais ou internacionais, interessados na reorganização da assistência à saúde. Constitui uma meta a ser alcançada também por todos os profissionais de saúde envolvidos com a participação comunitária. O objetivo principal é a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação do indivíduo e da coletividade.

Desde então, a atenção primária à saúde passou a ser definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 2001a).

Cada país, a partir daí, assumiu o compromisso de formular um plano de ação para iniciar e manter a atenção primária como parte de um sistema nacional de saúde, compreendendo, pelo menos, as seguintes áreas prioritárias de intervenção: a educação a respeito dos problemas de saúde existentes e dos métodos de prevenção e cura; a promoção da alimentação saudável; o abastecimento de água potável e o saneamento básico; a assistência materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e o controle de doenças endêmicas; o tratamento em caso de doenças e acidentes comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais.

A partir daí, nota-se que as populações mais vulneráveis, como mulheres e crianças, antes ignoradas e excluídas, tiveram seus direitos e prioridades defendidas, definidas e passaram a receber uma atenção maior e prioritária na história da saúde pública no mundo.

No ano seguinte, na Assembleia Mundial da Saúde de 1979, os países-membros se comprometeram globalmente a alcançar a meta de *Saúde para Todos no Ano 2000* meta que também foi aprovada para as Américas, em 1980, pelo Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana de Saúde. A maioria das metas

foi rapidamente atingida pelos países desenvolvidos, mas permaneceu e ainda permanece inalcançada por muitos países em desenvolvimento.

Esses movimentos deram o primeiro passo para o sentido da Atenção Primária à Saúde nos anos seguintes, mas a compreensão do verdadeiro significado da *Promoção da Saúde* ocorreu na 1.^a *Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, em 1986, em Ottawa, Canadá. Nessa Conferência, foram discutidos os progressos iniciais dos Cuidados Primários em Saúde, alcançados a partir de 1978, e as perspectivas para os anos seguintes e consolidados em um conjunto de intenções, denominado *Carta de Ottawa*. A *Carta* tinha como objetivo contribuir para a meta de *Saúde para Todos no Ano 2000 e Anos Subsequentes* (WHO, 1986).

Na *Carta de Ottawa* a promoção da saúde foi definida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade como parceiros iguais. Esse documento reconheceu a necessidade da educação em saúde por meio da capacitação de indivíduos ou grupos ligados aos serviços, instituições e equipes de saúde (WHO, 1986).

A partir desse momento, a saúde pública começou a direcionar suas ações para uma área antes menos valorizada, mas de forte influencia e impacto na mudança de comportamento e formação de valores, a educação em saúde. Mesmo se inicialmente fosse considerado incipiente o trabalho de capacitação de profissionais ligados à atenção primária à saúde, com o tempo começou a tomar forma e força na reestruturação do conhecimento técnico e científico em saúde. A partir de 1986, enumeraram-se várias outras Conferências sobre Promoção de Saúde no mundo, mas a *Carta de Ottawa* se mantém como referência dentre todas. O Brasil apoiou esse processo subscrevendo o compromisso de assumir a “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Contudo, para compreender a evolução histórica da saúde no Brasil, é necessário destacar dois momentos importantes: o início da história da saúde pública brasileira, em 1808, e a criação do Ministério da Saúde, em 1953, com a Lei n.º 1.920, desdobrando o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios, o da Saúde e o da Educação e Cultura.

A Atenção Primária à Saúde teve início a partir do século XX, quando o Brasil sofreu a influência dos modelos sanitários, conhecidos como modelos sanitaristas

campanhistas, que predominaram do início de século XX até o final dos anos 50 e tinham como foco as intervenções sanitárias. Do início dos anos 60 até a metade dos anos 80 o sistema de saúde se voltou para a medicina previdenciária, passando a ser conhecida como modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 2002).

Pronunciava-se, no final dos anos 60 e início dos 70, o Movimento de Reforma Sanitária, um movimento misto que nasceu da luta contra a ditadura militar no Brasil, em seu aspecto técnico e político, e da reformulação do sistema de saúde vigente da época. O Movimento Sanitário foi formado por médicos, estudantes de medicina, professores universitários, antropólogos, sociólogos e demais personagens que defendiam a mudança da estrutura do sistema de saúde como direito e obrigação do Estado, através da assistência médica a todas as pessoas, independentemente da classe social. O Movimento Sanitário promoveu uma grande contribuição para o desenvolvimento dos princípios democráticos, além de apontar novos preceitos para o desenvolvimento em relação à saúde (AROUCA, 2003).

A partir de 1985, o Brasil iniciou a elaboração de sua Constituição Federal finalizando-a em 1988. Em 1986 realizou-se a 8.^a Conferência Nacional de Saúde criando a Comissão Nacional da Reforma Sanitária com a responsabilidade de elaborar a primeira emenda constitucional a partir de um sistema fundamentado na saúde como direito do cidadão e obrigação do Estado, um marco na história, considerado o maior sucesso da reforma sanitária (AROUCA, 2003).

O sistema de saúde, até então caracterizado no Brasil como um modelo curativo e não preventivo voltado para uma prática médica exclusivamente individual e não coletiva, na doença e não no doente, hospitalar e não ambulatorial, se viu imerso na necessidade imediata e urgente de reestruturação do seu modelo de saúde pública.

A partir desse momento, com a Constituição de 1988 definitivamente elaborada, a definição de saúde no país passou a ser entendida e defendida como consta no artigo 196: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido diante de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.”* (BRASIL, 2001a).

A mesma Constituição construiu, pelo artigo 198, o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, que garante como princípios éticos norteadores a universalidade, a

integralidade, a equidade, os princípios organizacionais da descentralização, hierarquização e a participação popular (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2003a).

A partir dessa data, o SUS passou a ser regulamentado pela Lei Orgânica n.º 8080/90, que determina: *“Essa lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicos de direito público ou privados”*. Foi criada, no mesmo ano, a Lei 8.142 que regulamentava a participação da comunidade na gestão do SUS através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde em âmbito Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003a).

Com a necessidade eminente de mudanças organizacionais, o país foi levado à elaboração e à execução de novos programas que contemplassem a melhoria da prática de atendimento ao indivíduo e à comunidade.

2.2 PROGRAMA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Várias outras tentativas de expansão da atenção primária à saúde foram executadas no período anterior à proposta do SUS. Estavam de alguma forma, vinculadas com as ações preventivas e curativas e eram restritas ao campo das doenças carenciais e infecciosas. Nenhuma, portanto, com a proposição básica e fundamental de programa de organização e reorganização do sistema de serviços de saúde.

Em 1991, nasceu o primeiro programa no Brasil voltado à comunidade, o Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde (PNAS), que teve como modelo inicial o Programa do Governo Federal no Estado do Ceará, em 1987, realizado por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esse programa tinha como característica a abertura de “frente de trabalho” para a população de diferentes regiões do Ceará no combate emergencial à seca. Empregou em curto prazo de tempo mais de 6.113 pessoas, sendo preferencialmente mulheres. Os agentes receberam um rápido treinamento em ações básicas de saúde e atuaram em 118 municípios do sertão cearense de forma específica (BRASIL, 2005a; SILVA; DALMASO, 2002).

Somente em 1992, após experiência pioneira no Ceará, o PNAS passou a se chamar Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Foi implantado pelo Ministério da Saúde, inicialmente, na região Nordeste e, na sequência, na Região Norte. Abandonou o caráter emergencial e passou a ter características de ação programática de saúde voltada à família, com o objetivo central de contribuir com a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna. A partir daí, permitiu a execução do modelo e a cobertura do Programa em todo o território Nacional, as quais possibilitaram a sistematização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde e a sua acessibilidade ao sistema de saúde e ao incremento de ações de prevenção e promoção da saúde.

O trabalho inicial do ACS teve grande impacto, principalmente na assistência materno-infantil. Trabalhando em áreas consideradas precárias, sem estrutura sanitária e de higiene, o ACS participou ativamente na diminuição, em todo o Brasil, dos índices de mortalidade infantil. Suas ações foram específicas e atuaram na mobilização e no encaminhamento das mães aos serviços de pré-natal e de puericultura, aos postos de vacinação para imunização infantil, higiene básica, uso do soro oral, bem como ao estímulo do aleitamento materno. O ACS, a partir daí, começou a trabalhar, embora de forma incipiente, como veículo de informação à comunidade, mesmo sem formação específica. Essa experiência fortaleceu ainda mais a necessidade da implantação de uma estratégia de saúde da família com base populacional em todo o território brasileiro.

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) em virtude do êxito do PACS, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. O PSF, mesmo tendo como “carro chefe” o PACS, sofreu influências indiretas externas de diferentes modelos de saúde da família, em especial os modelos canadense, cubano e inglês. Foi implantado com uma proposta de reestruturação da atenção primária, no qual, *“ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF priorizava as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua”* (BRASIL, 2000a; MENDES, 2002), uma estratégia de reorganização do sistema de saúde com perspectiva mais abrangente de implementação da atenção primária.

Com o objetivo principal de integrar os princípios do SUS da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações, o PSF trabalhou com a

concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, promovendo uma relação mais próxima entre as pessoas, humanizando a assistência e estabelecendo uma nova relação entre os profissionais da saúde e a comunidade (BRASIL, 2000a).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) ao invés de programa, visto que o termo Programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. É uma estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde de forma qualificada e resolutiva, não prevendo tempo para finalização.

Na composição inicial das equipes de saúde da família, uma equipe deveria ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas). Cada equipe deveria ser responsável por uma área na qual residissem no máximo 1000 (mil) famílias ou 4500 (quatro mil e quinhentas) pessoas. Todas essas características dependeriam da realidade geográfica, econômica e sócio-política de cada área, levando-se sempre em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à unidade pela comunidade (BRASIL, 1997).

Em 1997, o Governo Federal estabeleceu as normas e diretrizes do PACS através da Portaria GM/MS n.º 1886, de 18/12/1997 (BRASIL, 1997) e, em 1999, as diretrizes para o exercício das atividades dos ACS através do Decreto de n.º 3.189, de 04/10/1999 (BRASIL, 1999). É a partir desse Decreto que o ACS passou a ter uma proposição qualitativa de suas ações, desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educacionais individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2003a).

Foi só em 2002 que a profissão de ACS foi criada, através da Lei n.º 10.507 de 10 de julho de 2002 (BRASIL, 2002c), estabelecendo, no artigo 2.º, a seguinte definição: *“A profissão de Agente Comunitário de Saúde caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidades com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local”*.

E, de acordo com essa mesma Lei, no artigo 3.º (incisos I e II), os requisitos legais para o exercício da profissão do ACS foram estabelecidos. Além de residir na área em que atuasse, deveria ter concluído, obrigatoriamente, o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de agentes comunitários de saúde. Anteriormente a essa Lei, valia a determinação da Portaria n.º 1886/97 que previa

que o ACS deveria residir no local de atuação há pelo menos dois anos, independentemente do nível de escolaridade (exigia-se apenas saber ler e escrever), podendo ser mulher ou homem acima de 18 anos, ter disponibilidade de tempo integral para o trabalho e ser vinculada/o a uma Unidade Básica de Saúde com ou sem Programa Saúde da Família. Ao Ministério da Saúde ficou a incumbência de formular, posteriormente, o processo de formação do curso de qualificação básica para a formação de ACS.

Estabelecidos os princípios legais, o ACS passou, portanto, a ser o vínculo mais forte entre a equipe e a comunidade, desenvolvendo uma função de mediador entre a divulgação e a aplicação das atividades propostas por toda equipe do PSF, por meio das visitas domiciliares na comunidade.

Incorporados à ESF, as equipes de saúde, caracterizadas como equipes multiprofissionais, começaram a trabalhar definindo, primeiramente, a área de abrangência do trabalho da equipe, o registro da população moradora da área, o cadastramento e o acompanhamento da população da área de abrangência. Cada Unidade de Saúde da Família (USF) tornou-se uma porta de entrada e o primeiro nível de Atenção Básica à Saúde da comunidade.

Com os Programas em andamento, o Governo Federal criou em 2006, a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS, através da Portaria n.º 648/GM de 28/03/2006 (BRASIL, 2006a), aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), passando a ser definida como princípios gerais:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006a).

A PNAB é marcada pela maturidade das experiências anteriores e pela necessidade de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil, política alinhavada pelos princípios e diretrizes do “Pacto pela Saúde” (Portaria n.º 399 de 22/02/2006 e n.º 699 de 30/03/2006), expresso por meio do “Pacto em Defesa do SUS”, “Pacto de Gestão” e “Pacto pela Vida”. Este prioriza a redução da mortalidade infantil e materna, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica, definindo a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a).

Com a nova composição da infraestrutura e dos recursos necessários à realização das ações, a equipe multiprofissional da Atenção Básica passou a ser composta por um médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, entre outros. A ESF ficou responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais e um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada (no máximo 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por ESF) (BRASIL, 2006a).

Em todo o território nacional, as áreas foram redefinidas em favor da atuação da equipe de saúde, incluindo o ACS: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes *mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Dentre essas ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe de saúde se destaca a assistência materno-infantil, que envolve o estímulo ao aleitamento materno.

As atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família foram redefinidas e, de acordo com o Anexo I, ficaram assim determinadas aos ACS:

- I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

- IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria n.º 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Observa-se uma evolução das Equipes de Saúde da Família e do PACS desde seu início e criação até os dias atuais. Conforme o último levantamento realizado pelo MS em 2010, o Brasil iniciou em 1994 com um total de 328 Equipes de Saúde da Família, passando em 1998 para 3.062, em 2002 para 16.698 e em 2009 para 30.328 equipes. Já o PACS apresentou uma cobertura populacional muito mais expressiva, apresentando em 1994 um total de 29.000 ACS, passando para 78.705 em 1998, 175.463 em 2002 e 234.767 em 2009 (BRASIL; SAS; DAB, 2011a).

Em 1998 Guarapuava tinha 28 ACS credenciados pelo MS, cadastrados no sistema e implementados no município, com uma proporção de cobertura populacional estimada de 10,42%. Em fevereiro de 2011, o município estava com 245 ACS credenciados e apenas 213 cadastrados e implementados, com uma proporção de cobertura populacional estimada em 70,91%. A ESF em Guarapuava apresentava em 1998 apenas uma unidade de saúde credenciada pelo MS, cadastrada no sistema e implementada no município com uma proporção de cobertura populacional estimada em 2,23%. Em fevereiro de 2011, o município apresentava 33 unidades de saúde credenciadas pelo MS e 29 cadastradas no sistema e implementadas no município com uma proporção de cobertura populacional estimada em 57,92% (BRASIL; SAS; DAB, 2011b).

2.3 PROGRAMAS VOLTADOS À EDUCAÇÃO EM SAÚDE E AO ACS

Com o foco na melhoria dos programas, com abordagem em educação em saúde e a qualificação de profissionais, o Ministério da Saúde instituiu, em 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), através da Portaria n.º 2.261/2006, com objetivo de *“propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.”* O ProgeSUS é um programa de cooperação técnica e financeira do governo federal, dos estados e municípios com objetivo de qualificar gestores e técnicos da área de gestão do trabalho e da educação, promovendo o fortalecimento dos setores (BRASIL, 2006b).

Tem a finalidade de atender e fortalecer o que foi iniciado em 2003, quando da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), constituída pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e pelo Departamento de Gestão e da Regulamentação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), responsáveis pela formulação de políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil.

O DEGES veio com um papel fundamental de propor e implementar Políticas de Educação Profissional em Saúde aos Conselhos e Secretarias Estaduais de Educação, favorecendo a ampliação da escolaridade dos trabalhadores, bem como a sua profissionalização e/ou formação e educação permanente (nível superior e técnico-profissional). Tem como objetivo principal *promover o processo de formação para o ACS em itinerário, com vistas à Habilitação Técnica e à elevação da escolaridade dos ACS até a conclusão de ensino médio.*

Para reforçar a proposta relacionada à qualificação profissional básica do ACS, foi lançado, em 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde como Norma Operacional Básica, o *Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde*. Nesse material são apresentadas as habilidades e os conhecimentos para o trabalho dos ACS, descritos através das Cinco Competências. Dentre as Competências estão as ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas destacando-se a orientação ao aleitamento materno e todo o cuidado que o envolve (BRASIL, 2003b).

Em 2004, os Ministérios da Saúde e da Educação iniciaram ações de elaboração dos Referenciais Curriculares Nacionais por Itinerários Formativos e prepararam o *Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde: Área Profissional Saúde*, instituído pela Resolução n.º 04/99 do Conselho Nacional de Educação, de acordo com a nova concepção educacional prevista pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE) (BRASIL, 2004a).

Para o diploma de Técnico Agente Comunitário de Saúde é necessário que ele conclua todas as etapas do curso, com a obrigatoriedade do desenvolvimento das competências requisitadas e do diploma do Ensino Médio. O Curso Técnico em ACS foi dividido em três Etapas: Etapa Formativa I - Formação Inicial, com carga horária de 400 horas, destinada a todos os agentes comunitários de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, independentemente da escolarização. Apresenta em sua estrutura curricular o perfil social do ACS e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS; Etapa Formativa II, com carga horária de 600 horas, destinada aos concluintes da etapa formativa I e com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental, oferece em sua estrutura curricular a promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes; e a Etapa Formativa III, com carga horária de 200 horas, destinada aos concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio. Exibe em sua estrutura curricular a promoção, a prevenção e o monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

As atuais propostas se fortalecem embasadas nas ideias iniciadas, anteriormente, em 2000, quando os primeiros documentos oficiais foram elaborados recomendando a capacitação da Equipe de Saúde da Família por meio da instrumentalização dos *Cadernos de Atenção Básica: Programa Saúde da Família*. O Caderno 2 apresenta a proposta do Treinamento Introdutório (BRASIL, 2000b); e o Caderno 3 trata da Educação Permanente (BRASIL, 2000c). Os Cadernos são de autoria do MS, mas servem apenas para contextualizar os conteúdos e as informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das ESF, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual. A estruturação do curso, sua aplicabilidade e gerenciamento serão de responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, através dos Polos de Capacitação.

No foco da educação permanente, foi lançado, em 2005, o *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*, uma estratégia da Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde. O curso prioriza a capacitação pedagógica descentralizada do setor saúde e promove a implementação de processos de Educação Permanente no Sistema de Saúde, fortalecendo os Polos de Educação Permanente e a Política de Formação dos Profissionais de Saúde do MS (BRASIL, 2005b).

O *Referencial Curricular para o Curso Técnico na Saúde de Agentes Comunitários de Saúde* vai ao encontro da Lei n.º 10.507/2002 que, no artigo 3.º (incisos I e II), exige, como requisito legal para o exercício da profissão de ACS, a conclusão obrigatória do curso de qualificação básica para a formação de agentes comunitários de saúde.

O município de Guarapuava aplicou, no final do ano de 2008, o curso de *Formação Inicial para Agentes Comunitário de Saúde*, elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, através do Centro de Recursos Humanos da Escola Técnica do SUS, coordenada pelo Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (PARANA, 2007). Esse curso observou as diretrizes do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde: Área Profissional Saúde, do Ministério da Saúde e Educação de 2004. No Curso de *Formação Inicial para Agentes Comunitários de Saúde* foram contemplados temas relacionados à área de nutrição materno-infantil. Ressalta-se que a coleta de dados da presente pesquisa se deu antes da execução do referido curso e que até o final de 2008, período do término da análise dos dados da pesquisa, não constavam estudos de avaliação do impacto dos programas, cursos de capacitação ou dos materiais pedagógicos na área de nutrição materno-infantil na Estratégia Saúde da Família ou no Programa Agente Comunitário de Saúde no município.

2.4 MORTALIDADE INFANTIL, PROGRAMAS E SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO MATERNO INFANTIL

Mulheres, crianças menores de cinco anos, idosos e portadores de necessidades especiais são grupos considerados vulneráveis, expostos, muitas vezes, à situação de risco eminente e contínuo. A pobreza, a extrema miséria, as

doenças, a discriminação social e racial, a dificuldade de acesso à água, ao saneamento básico e aos serviços de educação e de saúde aumentam os índices de mortalidade infantil e materna, expondo mulheres e crianças aos efeitos da iniquidade social, demográfica, econômica, educacional e de saúde.

A mortalidade infantil é um dos índices mais importantes para se avaliar a qualidade de vida e de serviços de saúde de uma população. É influenciada por uma série de fatores, como assistência ao pré-natal, gravidez, condições e tipos de partos, idade materna, raça, prematuridade, baixo peso ao nascer, má-formação congênita, condições socioeconômicas da população materno-infantil, entre outros. Pode ser reduzida pelo controle básico das doenças evitáveis ou tratáveis, como as infecções respiratórias agudas, a diarreia, o sarampo, a malária, pela melhoria das imunizações e da terapia de reidratação oral (TRO), bem como pelo incentivo ao aleitamento materno.

Em 2000, foi estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU) os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os objetivos que fazem parte dessas metas são a erradicação da extrema pobreza e da fome, o alcance do ensino básico universal, a promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, a redução da mortalidade infantil, a melhoria da saúde materna, o combate do HIV/AIDS, da malária e de outras doenças, a garantia da sustentabilidade ambiental e o estabelecimento de uma Parceria Mundial para o Desenvolvimento. O quarto objetivo é a redução da mortalidade em dois terços de crianças menores de cinco anos até o ano de 2015. Os 191 Estados-Membros das Nações Unidas, inclusive o Brasil, assumiram o compromisso de alcançar essas metas até o ano de 2015 (PORTAL ODM, 2010). O Brasil vem participando ativamente desse compromisso através da campanha *Nós Podemos - 8 Jeitos de Mudar o Mundo*, do Movimento Nacional pela Cidadania e Solidariedade de promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Reduziu a mortalidade infantil de crianças menores de um ano de 52,04 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 19,88/mil, em 2010, com uma taxa de redução de 61,7%. A meta para 2015 é reduzir para 17,9 óbitos por mil.

A redução da mortalidade infantil está em consonância com o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, lançado em 2004 (BRASIL, 2004b). Observa-se, durante os últimos anos, uma melhora na redução desses índices nos estados brasileiros. Essa queda está relacionada ao conjunto de fatores que o Brasil

tem adotado nas últimas décadas, como a melhoria do acesso à segurança alimentar e nutricional, o saneamento básico, as campanhas de imunização e de reidratação oral do novo modelo de Atenção Básica à Saúde, o que melhora as condições e a qualidade de vida da população, principalmente da saúde da população materno-infantil.

Mesmo com todos os esforços, o Brasil, em relação aos países desenvolvidos, tem uma das maiores taxas de mortalidade infantil, comparado a Islândia (2,6), Suécia (2,7), Itália (3,3), Noruega (3,4) e França (3,8). Já o Brasil perde em comparação com outros países em desenvolvimento, como o Chile (6,48), Cuba (5,25), China (15,4), México (16,5), Colômbia (15,3) e Argentina (12,8). Os países com maior índice de mortalidade do mundo são a Nigéria (168,7), Guiné-Bissau (158,6), Niger (161), Mali (161) e Chade (114,4) (RAJARATNAM *et al.*, 2010).

O Paraná vem demonstrando uma queda nos seus índices apresentando, em 1990, uma taxa de 35,52; em 2000, taxa de 21,4; e em 2010, de 11,4. Em 2003, Guarapuava apresentava uma taxa de 22,33, um dos maiores coeficientes de mortalidade infantil do Estado do Paraná, valor superior à média do Estado (16,47) e mais que o dobro de Maringá, uma das cidades com menor índice (11,01). O índice estava em 18 no último levantamento realizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, em 2010 (PARANA; SESA, 2010).

Para garantir a continuidade da assistência ao grupo materno-infantil, vários programas têm sido implantados e implementados ao longo dos anos com a intenção de garantir a sustentabilidade e autonomia desse grupo. Dos programas voltados ao aleitamento materno, no Brasil, o primeiro ocorreu em 1981, conhecido como Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Em 1998, o INAN foi extinto, e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição inserido na Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), e, em 1997, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), umas das estratégias significativas de redução da mortalidade infantil desenvolvida pela OMS e pelo UNICEF. O primeiro tinha como objetivo priorizar o atendimento e melhorar a qualidade do atendimento às crianças de risco; e o segundo tinha como meta a implementação de condutas básicas para a promoção da alimentação saudável, o crescimento e o desenvolvimento infantil

adequado, a continuidade da imunização, o controle da desnutrição, das doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, entre outras, bem como a promoção do aleitamento materno.

Em 1999, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovado como parte integrante da Política Nacional de Saúde, tendo como fio condutor o Direito Humano à Alimentação e à Segurança Alimentar e Nutricional. Veio fortalecer os objetivos iniciais dos anos anteriores estabelecendo sete diretrizes programáticas: o estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; a garantia da segurança e qualidade dos alimentos; o monitoramento da situação alimentar e nutricional; a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; a prevenção e o controle dos indivíduos e das doenças nutricionais; a promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; o desenvolvimento e a capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição. Dentre estes, vale ressaltar o estímulo ao aleitamento materno exclusivo, até seis meses de idade, e a sua continuidade até os dois anos ou mais.

Em 2006, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006c), com o objetivo principal de promover a alimentação saudável, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2003c); e instituiu-se também o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (BRASIL, 2006d) pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). Esta última com objetivo de assegurar de forma sustentável o direito humano à alimentação adequada para toda população brasileira, por meio de ações realizadas em parceria com as três esferas de governo (União, estados e municípios) e a sociedade civil. Para a viabilização da proposta, integrou-se ao sistema o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN).

O termo Segurança Alimentar, aqui mencionado, é utilizado na administração pública brasileira, desde a década de 90, seguindo as mesmas orientações da Organização das Nações Unidas (ONU), combatendo a pobreza por meio de políticas alimentares. Outras políticas recomendadas com o mesmo objetivo são as de transferência de renda e de educação.

Dos programas de transferência de renda, elaborados a partir de 2001, com o objetivo de combater a mortalidade e à desnutrição do grupo materno-infantil, citam-

se os Programas Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Cartão Alimentação e Auxílio Gás.

Em 2003, o Programa Bolsa Família (PBF) unificou as propostas anteriores dos Programas Bolsa Alimentação, Bolsa Escola, Cartão Alimentação e Auxílio Gás e passou a ser um Programa de referência nacional de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade social, no contexto da segurança alimentar e nutricional. O PBF foi instituído pela Lei n.º 10.836, de 09/01/2004, regulamentado pelo Decreto n.º 5.209, de 17/09/2004, e suas atribuições, normas e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas, pela Portaria Interministerial n.º 2.509, de 18/11/2004 (BRASIL, 2009d).

É através do PBF que famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza são beneficiadas com dinheiro mediante a transferência de renda. O Governo Federal transfere mensalmente a renda diretamente para as famílias, além de promover o acesso à saúde, educação e assistência social. O critério principal para a seleção das famílias beneficiárias é a renda *per capita*, e a inclusão no programa é feita por aquelas com menor renda. O benefício é destinado às gestantes, entre 14 e 44 anos, e às crianças menores de sete anos de idade acompanhadas por uma Equipe de Saúde da Família ou pela Unidade Básica de Saúde (ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009).

O ACS tem grande participação no acompanhamento às mães e crianças no processo de orientação das famílias e no registro no Mapa de Acompanhamento das informações das condicionalidades da saúde juntamente com a equipe de saúde. Cabe à gestante fazer a inscrição do pré-natal (no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação), comparecer às consultas para a avaliação e o controle do estado nutricional, participar de atividades de preparo para o parto, de atividades educativas sobre alimentação saudável e importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e da introdução oportuna de alimentos complementares ao leite materno. Cabe às mães ou responsáveis pelas crianças menores de sete anos conduzi-las à unidade de saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, através do monitoramento do estado nutricional, participar de atividades educativas sobre

aleitamento materno, saúde e alimentação das crianças e cumprir o calendário de vacinação das crianças de acordo com o preconizado pelo MS.

2.5 AÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO

Estudos sugerem que exposições nutricionais, ambientais e padrões de crescimento durante a vida uterina e nos primeiros anos de vida, podem ter efeitos importantes sobre as condições de saúde do adulto (MONTEIRO *et al.*, 1995; LUCAS *et al.*, 1999; BARKER *et al.*, 2002). Uma das primeiras práticas alimentares saudáveis de promoção da saúde, formação de bons hábitos alimentares e prevenção de muitas doenças é o aleitamento materno. A amamentação, dentre essas e outras vantagens, confere importante proteção contra a morbimortalidade por doenças infecciosas nos primeiros anos de vida, reduzindo significativamente as taxas de mortalidade infantil no mundo (WHO, 2001).

As ações programáticas na promoção, proteção e no apoio ao aleitamento materno, bem como na implementação de políticas públicas voltadas ao AME, têm produzido avanços na adesão de mulheres à prática da amamentação. Entretanto, ainda há uma tendência significativa no abandono dessa prática. O desmame precoce é um problema de saúde pública no Brasil, e o seu combate constitui-se em um desafio a ser enfrentado, principalmente pelas crianças da classe social pobre, em razão das condições desfavoráveis em que vivem, as quais provocam diarreia, desnutrição crônica, desidratação, que aumentam os índices de morbimortalidade infantil.

Diversos movimentos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil e no mundo têm marcado os últimos anos, com o objetivo de melhorar o quadro acima descrito.

Das ações de **Promoção** temos a Semana Mundial de AM (SMAM), o Projeto Carteiro Amigo, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS).

A SMAM nasceu em 1992, fruto da Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação, criada, em 1991, por World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). Acontece anualmente, preferencialmente no mês de agosto, em mais de

120 países. Tem como objetivo mobilizar a sociedade, profissionais e estudantes de saúde, organizações governamentais e não governamentais da importância do AM através de materiais didáticos traduzidos em 14 idiomas. A WABA é o reflexo das metas da *Declaração de Innocenti*, documento em defesa da amamentação, elaborado pela OMS e pelo UNICEF, em 1990, adotado em vários países do mundo, inclusive o Brasil. Desde 1999 o Ministério da Saúde coordena a Semana Mundial de Aleitamento Materno e tem a responsabilidade de adaptar o tema para a língua portuguesa, elaborar e distribuir cartazes e folders (WABA, 2011).

O Projeto Carteiro Amigo foi lançado em 1999 entre o MS e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT). Foi implantado, primeiramente, na região Nordeste, em 1996, sendo uma parceria entre o UNICEF, a ECT e a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, como medida de redução da desnutrição e mortalidade infantil no Estado. Em 2001, passou a ser implantado nos outros estados e municípios brasileiros. É uma campanha educativa de incentivo ao aleitamento materno onde os carteiros participam como agentes multiplicadores, vestidos de camiseta estampando os benefícios do aleitamento materno, distribuindo folhetos informativos nos domicílios onde residem gestantes e crianças menores de um ano, sempre no mês de comemoração da Semana Mundial da Amamentação (ARAÚJO *et al.*, 2003).

A *Rede Amamenta Brasil* foi criada em 2008 (Portaria n.º 2.799, de 18/11/08) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Comitê Nacional de Aleitamento Materno do MS. Sua diretriz é a construção de um novo paradigma para ensino e aprendizagem do aleitamento materno na atenção básica à saúde. A *Rede* operacionaliza Oficinas de Formação de Tutores em Aleitamento Materno e Oficinas de Trabalho em Aleitamento Materno nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), contribuindo para a educação permanente em saúde. O objetivo é capacitar os profissionais de saúde que atuam nas UBS e torná-los novos tutores e agentes multiplicadores das informações nas comunidades, especialmente entre as gestantes e mães, considerando as especificidades locais e regionais, o que contribui com a redução da morbimortalidade infantil no Brasil. De acordo com os últimos dados do MS, o estado que mais se destacou em 2008 foi Mato Grosso do Sul, formando 135 tutores, mais de 100 UBSs capacitadas e três mil profissionais envolvidos. Em todo o Brasil, até o momento, mais de 1,1 mil tutores já foram

formados, 700 UBS capacitadas e 12,5 mil profissionais envolvidos na consolidação da rede (BRASIL, 2009e).

A ENPACS foi criada em 2010 com objetivo de instrumentalizar os profissionais dos serviços de saúde no fortalecimento das ações de apoio e promoção da alimentação complementar saudável em tempo oportuno e de qualidade (BRASIL, 2010b). Foi elaborada a partir do Manual do MS de 2010 (BRASIL, 2010a) e fortalecida por meio de outras publicações científicas (VITOLO, 2005; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009d). É uma proposta da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) em parceria com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Atenção Básica do MS. A IBFAN Brasil e a CGPAN são responsáveis pela formação dos núcleos operacionais de facilitadores que têm como objetivo capacitar uma rede de tutores estaduais em todas as unidades de saúde (US) do território brasileiro. Os tutores, já capacitados, serão responsáveis por multiplicar as oficinas nas US de seus municípios observando as ações de apoio e promoção à alimentação complementar saudável, bem como a promoção, proteção e o apoio ao aleitamento materno. Os últimos dados das nove oficinas que o ENPACS realizou em 2009, em 52 UBS nos diversos estados brasileiros, mostram que foram capacitados 778 trabalhadores de saúde, como médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnicos de higiene dental, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais e ACS. A estimativa para 2010 era realizar mais de 30 oficinas estaduais em todo o Brasil.

Das ações de **Proteção**, há a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei de Proteção à Maternidade.

A NBCAL é o resultado da adequação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (Código Internacional) lançado na 34.^a Assembleia Mundial de Saúde em 1981. Em 1988, a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN) elaborou uma legislação similar ao Código Internacional a qual foi aprovada como NBCAL pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução CNS/MS n.º 31, de 12/10/1992 (D. O de 13/10/1992) e transformada em lei em 2006 (LEI n.º 11.265 de 03/01/2006). A NBCAL “é o conjunto de normas que regula a promoção comercial e a rotulagem de alimentos e

produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até três anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras”. Tem como objetivo principal assegurar o uso apropriado desses produtos de forma que não haja interferência na prática da amamentação (BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002d; BRASIL, 2006d).

A Lei de Proteção à Maternidade é prevista pela Constituição Federal de 1988 ao garantir a licença gestante de 120 dias (CF/88 art. 7.º XVIII) sem prejuízo do emprego e do salário. Foi prorrogada para 180 dias, a partir de 2008 (Lei n.º 11.770/2008), para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e das empresas privadas a adoção da lei através da concessão de incentivo fiscal. A lei n.º 11.770/2008 está vinculada ao Programa Empresa Cidadã. As empresas que voluntariamente o adotarem poderão descontar do Imposto de Renda o valor repassado ao pagamento do salário e da contribuição das mulheres gestantes. Esse benefício é destinado a todas as mulheres brasileiras, extensivo às empregadas domésticas e às que adotarem crianças de até um ano de idade. Aquelas vinculadas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) detêm ainda o direito à creche para guarda dos filhos e a duas pausas de meia hora cada para amamentação até que a criança complete seis meses de vida. Fica resguardado ao pai também o direito da licença paternidade por cinco dias após o parto, para que possa dar assistência ao bebê e à companheira, recebendo salário integral (BRASIL, 2008a).

Das ações de **Apoio** temos a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), o Banco de Leite Humano (BLH), o Método Mãe-Canguru (MMC), o Projeto Bombeiro da Vida, a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), os Grupos de Apoio Mãe, os Grupos de Mãe com HIV e AIDS, os cursos e os materiais educativos.

A IHAC foi criada em 1991 pela OMS e pelo UNICEF com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno em hospitais com altos índices de desmame precoce. Instituiu os *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* (WHO/UNICEF, 1992), documento que estabelece as rotinas hospitalares adequadas para a prática da amamentação. Em 1994, o MS estabeleceu as Portarias n.º 1.113 e 155, que asseguram o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, ao Hospital Amigo da Criança vinculado ao Sistema Único de Saúde, e os critérios para o credenciamento dos IHAC, respectivamente (OMS; UNICEF, 2011).

O Banco de Leite Humano (BLH) foi criado em 1988 por meio da Portaria GM/MS n.º 322/88, sendo o primeiro documento a aprovar as normas de regulação, instalação e funcionamento dos BLH no Brasil. Em 1998, foi criada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (atual Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano), um projeto do Ministério da Saúde e da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), lançado no I Congresso Brasileiro de Bancos de Leite Humano em Brasília. O Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano foi elaborado em 2006 (Resolução RDC-ANVISA n.º 171, de 04/09/2006), por meio do trabalho conjunto de técnicos da ANVISA, profissionais de vigilâncias sanitárias estaduais, da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e do Ministério da Saúde, estando em vigor atualmente (BRASIL, 2008b).

O Método Mãe Canguru (MMC) foi padronizado no Brasil, em 1999, por meio da Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso. Esse método foi idealizado na Colômbia, em 1979, conhecido como “posição canguru”, alternativa para a diminuição dos índices de mortalidade neonatal no país. Em 2000, o Ministério da Saúde estabeleceu a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru (Portaria n.º 693, de 05/06/2000), definindo as diretrizes para sua implantação nas unidades médico-assistenciais integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção é especial e direcionada ao recém-nascido e aos cuidados técnicos humanizados, promovendo uma atenção melhor à mãe, ao recém-nascido e à sua família (WHITELOW, 1985; BRASIL, 2001c).

O Projeto Bombeiro da Vida caracterizou-se como serviço de coleta de leite humano em domicílio, iniciado em dezembro de 1991, quando o Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal ao se sensibilizar com a baixa no estoque de leite e com a dificuldade de sua captação pelo Banco de Leite Humano do DF, ajudou na campanha recolhendo as doações (BRASIL, 1991).

A IUBAAM foi criada em 1999 pela Secretaria do Estado do Rio de Janeiro como uma estratégia de estímulo e subsídio para as redes básicas de saúde na implantação dos procedimentos de promoção, proteção e apoio ao AM, através da adoção dos *Dez Passos para o Sucesso da Amamentação*. Uma proposta inicial foi elaborada e implantada em Londrina-PR, em 1995, como Unidade Básica Amiga da Criança mediante o cumprimento dos oito passos para o sucesso do AM nas unidades básicas de saúde. Atualmente, vários estados e municípios brasileiros se credenciaram como unidades de saúde “Amigas da Amamentação”, promovendo,

protegendo e apoiando adequadamente a amamentação (DE OLIVEIRA; GOMES, 2001; OLIVEIRA; CAMACHO, 2002).

Os Grupos de Apoio a Mães que amamentam são conhecidos em muitos lugares como “amigas do peito”, são mais de 40 grupos espalhados em diferentes partes do mundo. Diferem em nomenclatura, tamanho, estrutura e extensão de trabalho, mas todos têm o objetivo específico de fornecer informações práticas sobre o AM e apoiar emocionalmente as mães.

Os grupos de mães com HIV e AIDS com seus respectivos programas e materiais de apoio para as mães que não podem amamentar têm sido cada vez mais frequentes no Brasil. O MS recomenda que crianças, filhos de mães HIV positivo, não sejam amamentadas. Nos serviços de saúde existe hoje um programa para a distribuição gratuita de fórmulas infantis e de medicamentos para inibir a lactação além de materiais de apoio como o *Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas* (BRASIL, 2005c) e o *Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades: referência para mulheres que não podem amamentar* (BRASIL, 2005d).

Atualmente, existem três importantes cursos em aleitamento materno propostos pela OMS e pelo UNICEF destinados aos profissionais ligados ao grupo materno-infantil. O curso de “Manejo Clínico e Promoção do Aleitamento Materno em um Hospital Amigo da Criança”, com 18 horas de duração, sendo três horas de prática clínica, o “Guia para Treinamento em Manejo do Aleitamento Materno” com 80 horas de duração, sendo seis de prática clínica, e o curso “Aconselhamento em Amamentação”, com 40 horas teóricas e oito horas de prática clínica.

Dos materiais educativos produzidos pelo MS, com objetivo de instrumentalizar e capacitar as equipes de profissionais de saúde da atenção básica na orientação às mães quanto à alimentação saudável de crianças menores de dois anos, um se destaca na área de nutrição infantil, os *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica* (BRASIL, 2002a). Serve de documento de referência para ensino, pesquisa e ação em saúde, alimentação e nutrição. A segunda edição foi lançada em 2010, baseada nas orientações alimentares gerais mais atualizadas, no perfil epidemiológico e na cultura alimentar do Brasil (BRASIL, 2010a). Os dez passos para uma alimentação saudável da criança menor de dois anos são:

PASSO 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento;

PASSO 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais;

PASSO 3 – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia se estiver desmamada;

PASSO 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança;

PASSO 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas / purês), e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família;

PASSO 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida;

PASSO 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições;

PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação;

PASSO 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados;

PASSO 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Gradativamente, as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo implantadas e implementadas através de políticas e programas estruturados, garantindo a qualidade de vida e saúde da população de mães e crianças brasileiras.

Entretanto, é necessário salientar que apesar das extensas e expressivas ações até aqui descritas, nos últimos anos pouca avaliação do impacto dos materiais didáticos elaborados para profissionais ligados à saúde pública, principalmente do ACS, tem sido efetivamente concretizada, bem como a qualificação desses profissionais no uso desses instrumentos. A capacitação em saúde, por meio de atividades educativas, é um veículo de formação, informação e reestruturação do conhecimento em saúde.

Para a continuidade e o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, faz-se necessário à qualificação contínua dos profissionais envolvidos na área de nutrição materno-infantil. Diante disso, reforça-se a importância da capacitação do ACS como uma estratégia eficaz na sensibilização e adesão materna à amamentação exclusiva de crianças menores de seis meses de vida.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Os dados analisados neste estudo fazem parte de um amplo projeto, iniciado em 2005 no município de Guarapuava, intitulado “Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar – Estudo de Intervenção Randomizado”, registrado no Banco de Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (BANPESQ). A pesquisa contou com o apoio do Núcleo de Segurança Alimentar e Nutricional para Inclusão Social do Estado do Paraná, do Ministério de Ciência e Tecnologia, e parcerias com a Universidade Federal do Paraná, Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná e Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava.

3.1 DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O município de Guarapuava está localizado na região geográfica centro-sul do Estado do Paraná, distante 252 km da capital Curitiba e com extensão territorial de 3.126 km². Possui 167.463 habitantes, sendo 153.098 na área urbana e 14.365 rural, de acordo com o último censo de 2010 (IBGE, 2010). Guarapuava, com um IDH-M de 0,773, ocupa a 82.^a posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos 399 municípios do Paraná e a 1240.^a posição no Brasil (IPARDES, 2010a).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de intervenção no qual um grupo recebeu Capacitação Específica (CE) em AM e outro denominado de Formação Convencional (FC), não recebeu a intervenção.

Esse estudo se propôs a acompanhar as crianças nascidas, no período após a realização da capacitação de ACS, até que completassem seis meses de vida, para verificar a prevalência do AM e do AME.

Para a avaliação foram formados dois grupos: grupo CE constituído por famílias que eram orientadas e acompanhadas por ACS que participaram da capacitação e outro que compôs o grupo controle, cujas famílias eram orientadas e

acompanhadas por ACS que não participaram da capacitação (FC). As avaliações foram realizadas em visitas domiciliares às mães de crianças de zero a seis meses no 1º, 4º e 6º mês de vida da criança. Essa etapa do trabalho teve a duração de 12 meses, realizada entre setembro de 2007 a outubro de 2008.

3.3 SELEÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE E SEUS RESPECTIVOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

Antes da capacitação foi realizado um levantamento das unidades de saúde da área urbana do município de Guarapuava vinculadas ao PSF e ao PACS e seus respectivos ACS. Do total de 25 unidades de saúde da área urbana do município de Guarapuava, sete foram sorteadas para compor o CE e as 18 restantes separadas para compor o grupo FC. O sorteio foi feito de forma simples através da retirada dos códigos das unidades de saúde de dentro de uma caixa fechada por um acadêmico do Curso de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO não participante do estudo.

3.4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Em seguida, foi realizado um treinamento com alunos que participariam da coleta de dados junto com a equipe executora. A pesquisa contou com a participação de 12 estudantes voluntários do curso de Nutrição da UNICENTRO, um aluno monitor, dois professores do curso de Nutrição da UNICENTRO, um professor da UFPR, além da pesquisadora.

O treinamento aos voluntários foi baseado no manual do Ministério da Saúde intitulado *Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos / Um Guia para o profissional da Saúde na Atenção Básica* (BRASIL, 2002a), com um total de 16 horas, durante dois dias seguidos, em agosto de 2007.

Além das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar, os alunos receberam instruções sobre a técnica de amostragem do projeto, a técnica de abordagem e de aplicabilidade dos questionários junto às mães, e sobre a codificação e a digitação dos questionários.

3.5 AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTO PRÉVIO DOS ACS EM AM, AME E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A partir do cumprimento dos itens 3.3 e 3.4, iniciou-se a execução do plano de capacitação dos ACS, sendo submetidos primeiramente a uma avaliação prévia do conhecimento sobre aleitamento materno, aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar da criança.

Os 29 ACS do grupo CE receberam um questionário estruturado (Pré-Teste) contendo 17 perguntas abertas sobre 10 tópicos de aleitamento materno e alimentação complementar (APÊNDICE A). A análise do Pré-Teste foi descritiva para a obtenção de informações do conhecimento prévio dos ACS sobre o tema.

O mesmo questionário estruturado foi aplicado, após uma semana da capacitação (Pós-Teste), com o objetivo de verificar a eficiência da retenção das informações repassadas.

Os questionários não continham identificação dos ACS. A correção foi realizada em uma mesma ocasião, em sequência aleatória e baseada em um texto gabarito, com alocação de acerto total, parcial ou nulo para cada pergunta, totalizando 17 respostas. A escala de pontos utilizada foi de 0 a 17. Os ACS do grupo FC não foram submetidos ao Pré o Pós Teste.

3.6 CAPACITAÇÃO DOS ACS DO GRUPO CE

Na sequência, iniciou-se a capacitação específica dos ACS do grupo CE, envolvendo 16 horas de treinamento, em agosto de 2007, com a explanação das recomendações do MS para alimentação saudável, consolidadas no manual, seguida de discussão de casos-problema estruturados e de debates de situações vivenciadas em campo pelos ACS.

Dos 29 ACS do CE, 26 eram mulheres e três homens, tinham entre 20 e 45 anos de idade e um nível de escolaridade entre o ensino fundamental e o curso técnico. Nenhum deles possuía curso superior. A maioria afirmou que não recebeu curso de capacitação na área de nutrição materno-infantil ao ingressar como Agente Comunitário de Saúde no Serviço Público ou a qualquer tempo.

3.7 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA DO ESTUDO

Após todos esses procedimentos e na sequência da pesquisa, as duplas mãe/bebê que fariam parte da pesquisa, foram selecionadas obedecendo a uma ordem de avaliação abaixo relacionada.

Participaram do estudo mães de crianças de zero a seis meses da área urbana do município de Guarapuava-PR vinculadas ao PSF e ao PACS.

As crianças foram selecionadas a partir da ficha de *Declaração de Nascido Vivo* (DNV) e do Relatório SSA2 (Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias na Área/Equipe da Secretaria Municipal de Saúde, Sistema de Informação de Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Guarapuava-PR). A DN é um documento padronizado em todo o território nacional e faz parte do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde. É um documento oficial exigido para o registro de nascimento da criança em cartório. Uma das vias da DN é enviada das maternidades para as Unidades de Saúde para controle e acompanhamento da criança no bairro de origem. O Relatório SSA2 é um documento utilizado pelos ACS para identificação e acompanhamento das crianças residentes nos bairros de atuação do ACS.

A análise desses dois documentos foi realizada pela pesquisadora juntamente com a enfermeira e os ACS da unidade de saúde. Após a seleção, as crianças foram avaliadas verificando-se os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

3.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A base de Inclusão e Exclusão de sujeitos da pesquisa para a aplicação dos questionários ficou assim definida:

Critérios de Inclusão:

- a) Crianças que nasceram e residiam na área urbana da cidade de Guarapuava-PR;
- b) Crianças que nasceram a termo;
- c) Crianças cujas mães biológicas aceitaram participar da pesquisa;

- d) Crianças de zero a seis meses efetivamente assistidas pelo Programa Agente Comunitário de Saúde.

Critérios de Exclusão:

- a) Criança gêmea, a fim de não prejudicar a rotina já dificultada da mãe, interferindo também na coleta dos dados, que podem não ser fidedignos;
- b) Crianças que não são cuidadas pelas mães biológicas;
- c) Crianças em cujos domicílios, durante o estudo, foram visitados por mais de três vezes sem contato com a mãe biológica da criança;
- d) Crianças que nasceram em Guarapuava, mas não residiam na cidade;
- e) Crianças que nasceram prematuras;
- f) Crianças que foram hospitalizadas (internadas) desde o nascimento.

Após o cumprimento dessa análise, as mães e seus filhos recém-nascidos, foram acompanhados pelos respectivos ACS. Tanto os Agentes do CE quanto do FC fizeram suas visitas de rotina às duplas mães/bebê.

3.9 INSTRUMENTO E COLETA DOS DADOS

As mães com suas respectivas crianças foram agrupadas aos grupos CE e FC e acompanhadas no 1.º, 4.º e 6.º mês de vida da criança. A alocação da dupla mãe/bebê foi feita através dos critérios de inclusão e exclusão. Não foi realizado o cálculo amostral, pois a população estudada correspondeu a todas as crianças nascidas no período de realização da pesquisa, excluídas aquelas não atendiam os critérios de inclusão.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário pré-codificado, contendo 50 perguntas. O questionário foi aplicado integralmente na primeira visita à mãe, por ocasião do 1.º mês de vida da criança. O questionário inicial conteve dados de identificação da criança e sua família, questões sobre as características socioeconômicas, demográficas e ambientais da família, saúde da criança de 0 a 6 meses e saúde da mulher (APÊNDICE B).

Na segunda e terceira visita às mães, no momento do 4.^o e 6.^o mês de vida da criança, o instrumento utilizado foi parte do anterior, questionário de acompanhamento, contendo 16 questões (APÊNDICE C). Teve como objetivo, além de verificar a introdução de novos alimentos, a frequência e a continuidade da prática do aleitamento materno em dois períodos críticos da criança e da mãe, aos quatro meses de vida da criança, período em que a mãe completava 120 dias de licença-maternidade, e aos seis meses de vida da criança, período determinado pela Organização Mundial de Saúde como mínimo para o AME.

Todos os nascidos vivos que completaram um mês entre setembro de 2007 e abril 2008 foram incluídos no estudo, independente do peso ao nascer. O estudo foi encerrado em outubro de 2008, quando as últimas crianças incorporadas ao estudo, completaram seis meses de vida. As perdas registradas foram por mudanças de endereço das famílias para outras cidades ou estados. Aquelas que mudaram de bairro, mas permaneceram no mesmo grupo de origem (CE ou FC), foram resgatadas e continuaram sendo acompanhadas até o término da pesquisa.

Os questionários que apresentaram dados inconsistentes foram corrigidos pela pesquisadora, a fim de que não se excluíssem famílias pertencentes à amostra por algum erro de preenchimento. Para isto, foram feitas novas visitas às mães anteriormente entrevistadas.

Os critérios utilizados para categorizar a renda familiar mensal, de acordo com o salário mínimo estadual (IPARDES, 2010b), referente à questão de número 18 do questionário inicial, foram pela classificação social por renda *per capita*: salário mínimo menor ou igual a meio salário mínimo (pobreza absoluta), de meio a um salário mínimo (pobreza extrema), de um a três salários mínimos e maiores ou iguais a três salários mínimos (IPEA, 2010).

Para avaliar a escolaridade materna e o nível de classe econômica da população estudada, pergunta referente às questões de número 13, 14 e 27 do questionário inicial, optou-se pela Categoria ABEP (ABEP, 2008). Essa Categoria é calculada pelo Critério de Classificação Econômica Brasil 2008 (Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2005 – IBOPE) o qual mede o total de eletroeletrônicos, carro, empregada e estudo materno utilizando o Sistema de Pontos para Posse de itens e Grau de instrução do chefe de família, da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. O objetivo é estimar o poder de compra das famílias urbanas em classes econômicas e não em classes sócias. As categorias

foram classificadas em letras sendo: Classe A e B (com 23 a 46 pontos), considerada a melhor situação econômica encontrada, Classe C (14 a 22 pontos), Classe D (8 a 13 pontos), Classe E (0 a 7 pontos) e aquelas abaixo de zero consideradas como a pior situação econômica.

A pergunta de número 40 do questionário inicial diz respeito ao uso de outros tipos de leite, além do leite materno. Os tipos de leite foram classificados em dois grupos distintos: a Categoria 1, que incluiu os leites do tipo Fórmula Infantil Industrializada de Partida e de Seguimento; e a Categoria 2, que incluiu o leite de vaca fluído ou em pó e o *Leite das Crianças* – Leite do Governo do Estado do Paraná (PARANÁ, 2010).

3.10 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis independentes incluídas nesse estudo foram às características demográficas (idade materna, raça), socioeconômicas (estado civil da mãe, escolaridade da mãe e do pai, trabalho materno, salário mínimo *per capita* e situação de pobreza), ambientais (tipo de casa, número de pessoas na residência, número de cômodos, número de dormitórios, densidade habitacional, acesso à água encanada e acesso à rede pública de esgoto) e alimentares (uso de água, chá, leites artificiais, alimentação sólida salgada e doce e o uso de chupeta).

Foram duas as variáveis dependentes:

- a) “mãe de crianças visitadas por ACS do grupo CE”;
- b) “aleitamento materno”.

Os indicadores utilizados para avaliar a prevalência do aleitamento materno foram os adotados e reconhecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2007):

- a) Aleitamento Materno Exclusivo (AME): quando a criança recebe somente o leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes

contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos;

- b) Aleitamento Materno (AM): quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

3.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada em dois momentos, o primeiro para avaliação do conhecimento prévio dos ACS e da eficiência da capacitação; o segundo momento para avaliação entre as variáveis independentes e dependentes do AM.

As análises das questões do questionário estruturado usado no Pré e Pós-Teste dos ACS foram corrigidas, tabuladas e analisadas de duas formas. A análise descritiva foi feita apenas no Pré-Teste. A análise com abordagem quantitativa foi realizada tanto no Pré quanto no Pós-Teste e obtida mediante a tabulação das notas dos questionários. A comparação das proporções foi feita por meio dos testes estatísticos de Wilcoxon, para séries sem distribuição definida, e o teste *t* de Student, para séries pareadas com distribuição normal.

Para as análises das variáveis independentes e dependentes, os dados foram digitados em dupla entrada no programa de planilha eletrônica da Microsoft Office, versão Excel 11.0, Office 2003, verificando-se, desta forma, erros de digitação, e procedendo-se à limpeza do banco de dados e, em seguida, exportando-os para o pacote aplicativo científico SPSS for Windows 13.0 (**S**tatistical **P**ackage for the **S**ocial **S**ciences) para as análises estatísticas descritivas das variáveis. O Programa Estatístico STATA 8.2 (Statistical Software for Professionals) foi utilizado para as análises de regressão multivariada. Foi realizado teste de associação por meio do qui-quadrado de Pearson entre a variável dependente e as variáveis independentes. Todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para a análise de regressão multivariada. Um valor de $p < 0,05$ foi definido para aceitar as associações de interesse. Foram estimadas as razões de chances (*Odds Ratio*) com respectivos intervalos de confiança de 95%, brutos e ajustados.

3.12 ÉTICA EM PESQUISA

O estudo proposto não envolveu dano associado ou decorrente da pesquisa para a população investigada. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde – COMEP/SES/UNICENTRO (Ofício n.º 026/2008) seguindo os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL; CONEP, 2010) (ANEXO).

Todas as mães entrevistadas foram informadas do conteúdo da pesquisa, bem como dos seus objetivos. Apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) que, depois de lido e explicado, foi assinado anteriormente à entrevista como garantia de sigilo das informações fornecidas para a pesquisa.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO PRÉVIO DOS ACS E DA EFICIÊNCIA DA CAPACITAÇÃO

Dos 29 ACS do CE, 26 eram mulheres e três eram homens, tinham entre 20 e 45 anos de idade e um nível de escolaridade entre o ensino fundamental e o curso técnico. Ninguém tinha curso superior. A maioria afirmou que não recebeu curso de capacitação na área de nutrição materno-infantil ao ingressar como Agente Comunitário de Saúde no Serviço Público ou a qualquer tempo.

A análise do conhecimento prévio (Pré-Teste) dos ACS sobre AME foi realizada de forma descritiva e demonstrou que a maioria (27) tinha informações de que o ideal é a mãe amamentar exclusivamente até o sexto mês de idade. No entanto, alguns referiram que deveria ser até os “quatro meses”. Por outro lado, não houve concordância entre os ACS sobre a duração do aleitamento materno. As manifestações dos ACS evidenciaram que a recomendação da OMS não é conhecida por alguns: “seis meses... todas as mães deveriam dar, mas pode ser até quando a criança quiser e a mãe *ter* leite”; “Até um ano de idade, para ficar mais próxima da mãe”; “Eventualmente até os seis meses e preferencialmente até os dois anos”; “Até os nove meses, porque é o alimento que a criança necessita para sua saúde”; “É normal ir até seis meses, pela saúde e bom desenvolvimento da criança”.

Depoimentos de alguns dos ACS demonstraram o aleitamento materno como um aspecto negativo, quando a mãe trabalha fora ou quando o leite materno interfere no consumo de outros alimentos: “No máximo até seis meses – as mães que trabalham ou até um ano”; “Até um ano; depois disso, ela (mãe) tem que se alimentar bem e às vezes o aleitamento pode atrapalhar a alimentação (da mãe)”. Consideravam, ainda, que o leite materno deve ser complementado quando há diminuição no ganho de peso da criança e também quando a fome não é saciada pelo leite: “Quando a criança começa a perder peso”; “O leite materno não deve ser substituído, mas complementado no caso de *perca* (sic) de peso da criança. Caso com prescrição médica”.

Os ACS relatam concordância com a mensagem do Ministério da Saúde sobre a época de introdução dos alimentos complementares na alimentação da criança menor de dois anos. Nas suas palavras: “A partir dos seis meses, devem ser

dadas à criança algumas frutas, como maçã, mamão... e sopas de legumes, e verduras.” “Com seis meses, pois a criança já começa a comer coisas salgadas e outros alimentos e terá sede.” “A partir de seis meses, porque com seis meses ela já pode tomar água, chá, suco e não tem necessidade de ter alimentação exclusiva”. Poucos entendem que a introdução de alimentos complementares deve ocorrer antes dos seis meses.

Os alimentos que, segundo eles, devem ser introduzidos na dieta da criança são: papinha de frutas e verduras, sopa, caldo de feijão, suco natural, chá e água. “Papinhas, frutas, verduras, legumes, alimentos leves, devem ser dados a partir dos seis meses”. “Além do leite materno, quando completarem os seis meses, deve-se complementar as refeições com frutas verduras e legumes bem *moidinhos* nas sopas e papinhas”. “Alimentos à base de ferro e cálcio, carboidratos. Devem começar a ser dados após seis meses. Exemplos: frutas, legumes, caldo de feijão, carne, suco natural”. “... suco natural, água, legumes, chá,...”. É importante ressaltar que os alimentos complementares devem ser adequados em relação à quantidade, qualidade e densidade energética. Assim, observa-se através dos relatos que alguns alimentos com baixa densidade energética, como sopas, sucos, chás, são vistos pelos ACS como alimentos recomendados para as crianças com seis meses de idade.

Não há consenso entre os ACS quanto à idade adequada de introdução da alimentação da família. A introdução, segundo seus relatos, varia entre oito meses (consonante com o MS) até três anos de idade. A lógica está ligada ao desenvolvimento fisiológico da criança, conforme pode ser observado nos relatos: “Dois anos, porque nesta idade o organismo já está preparado para receber todos os tipos de alimento”. “A partir dos dois anos, pois seu organismo está mais desenvolvido e pronto para receber a mesma alimentação da família”. “Oito ou nove meses, porque aí ela já tem os dentinhos e já consegue mastigar”. “Três anos, porque nesta idade o organismo da criança está preparado”. “Depois de um ano porque seu intestino está mais preparado para receber este tipo de alimento”. “Com um ano e meio, porque a criança já tem dentes para mastigar a comida”. “Aos seis meses e meio, para aprender a comer saladas, frutas.”

A análise com abordagem quantitativa realizada tanto no Pré quanto no Pós-Teste verificou uma diferença significativa na retenção dos conhecimentos entre ambos os testes.

A média de pontuação do Pré-Teste foi de 7,3 (DP 2,27) e do Pós-Teste de 12,1 (DP 2,31) ($p < 0,0001$) (Figura 1). Houve diferença significativa com a maior média para a segunda prova.

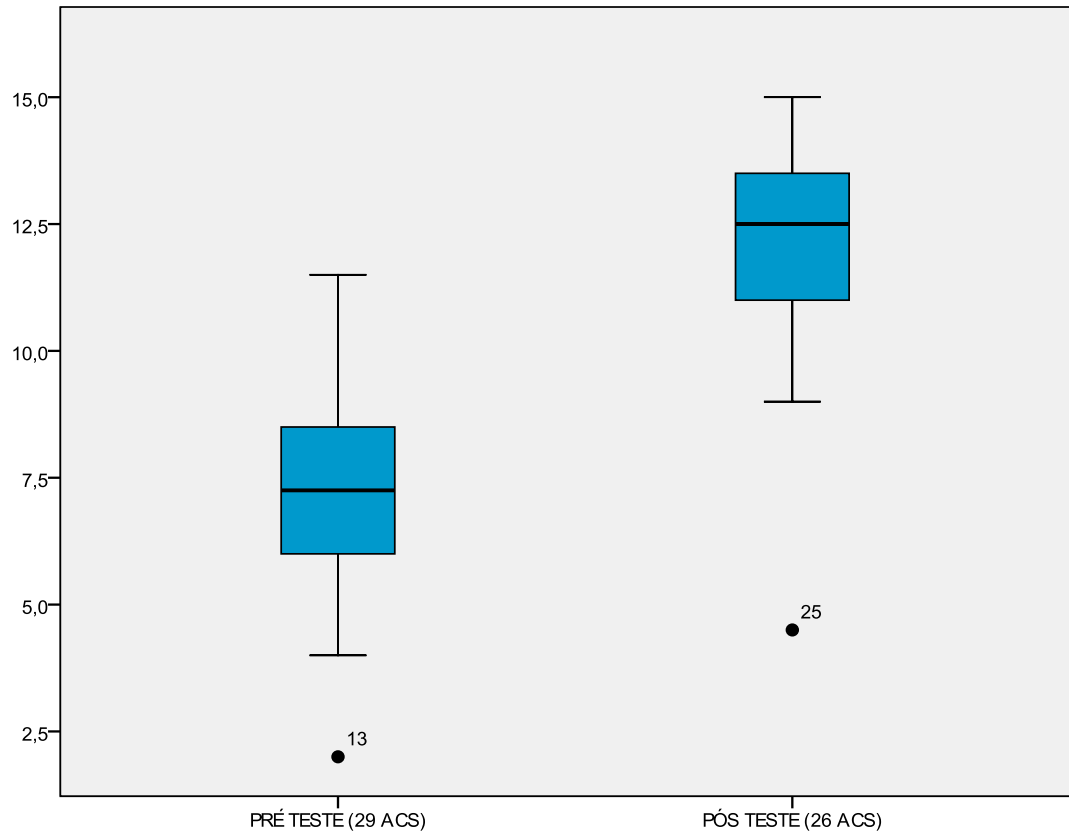


FIGURA 1 – PONTUAÇÕES DO PRÉ E PÓS-TESTE OBTIDAS ATRAVÉS DA TABULAÇÃO E CORREÇÃO DO QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO APLICADO AOS ACS DO CE, GUARAPUAVA-PR

4.2 TOTAL DE MÃES E BEBÊS DOS GRUPOS CE E FC NO 1.º, 4.º E 6.º MÊS

O esquema a seguir mostra o total de mães/bebês que fizeram parte do estudo dos grupos CE e FC no 1.º, 4.º e 6.º mês.

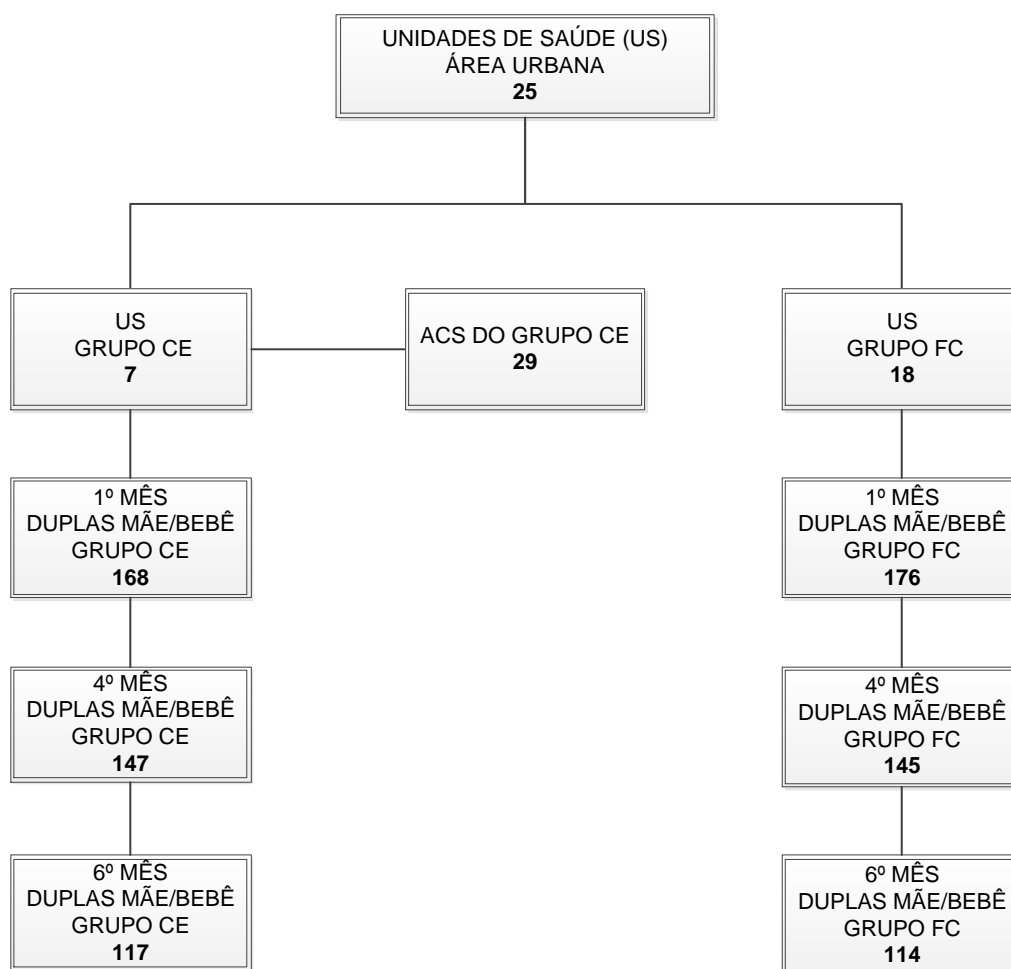


FIGURA 2 – TOTAL DE MÃES E BEBÊS DOS GRUPOS CE E FC, NO 1.º, 4.º E 6.º MÊS, GUARAPUAVA-PR

4.3 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS, AMBIENTAIS E MATERNAS DOS GRUPOS CE E FC NO 1.º MÊS

Na aplicação do questionário inicial, no 1.º mês de vida da criança, foram analisadas as características socioeconômicas, demográficas, ambientais e maternas da população dos grupos CE e FC. As variáveis analisadas foram: idade materna, raça, estado civil, escolaridade materna, escolaridade paterna, trabalho materno, número de trabalhadores na casa, renda familiar mensal, número de moradores na casa, Categoria ABEP, se o pai morava com a criança, situação da casa (própria, alugada, cedida, invasão ou financiada), tipo de casa (tijolo, madeira,

alvenaria ou material reaproveitado, número de cômodos na casa, números de dormitórios na casa, origem da água, tratamento da água, disponibilidade de saneamento básico (esgoto), disponibilidade de eletricidade, sexo do recém-nascido, se a mãe realizou o pré-natal, se a mãe recebeu orientação sobre AM no pré-natal, qual profissional de saúde orientou a mãe sobre AM no pré-natal, tipo de parto, idade do recém-nascido, peso do recém-nascido ao nascer, idade gestacional, se a mãe fazia uso de cigarro, uso de bebida alcoólica, uso de contraceptivos, tipos de contraceptivos, aleitamento materno, idade em que a criança parou de receber leite materno, motivos maternos do desmame, introdução de outros leites na alimentação infantil, tipos de leites oferecidos, idade da introdução de outros leites, uso de mamadeira, tipos de líquidos oferecidos na mamadeira, idade da introdução da mamadeira, introdução de água, idade da introdução de água, introdução de chá, idade da introdução de chá, tipos de AM e uso de chupeta.

Na Tabela 1 são apresentadas as principais características da população estudada, mostrando informações sobre os dados socioeconômicos, demográficos, ambientais e maternos. Os grupos diferiram estatisticamente nas seguintes variáveis: escolaridade materna e paterna, trabalho materno, número de trabalhadores na casa, renda familiar mensal, número de moradores na casa, Categoria ABEP, tipo de casa, disponibilidade de saneamento básico e eletricidade, tipo de parto. As características alimentares não apresentaram diferença estatística.

Observa-se que as condições socioeconômicas, demográficas, ambientais e maternas foram desfavoráveis na população do CE quando comparadas com o FC.

TABELA 1 – CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, DEMOGRÁFICAS, AMBIENTAIS E MATERNAS DAS DUPLAS MÃE/BEBÊ DO CE E FC NO 1.º MÊS. GUARAPUAVA-PR

<i>Variável</i>	<i>CE (168)</i>		<i>FC (176)</i>		<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
Escolaridade materna					0,0000
Sem estudo	5	1,62	2	1,13	
< que 3 anos	17	10,11	6	3,40	
de 4 a 7 anos	70	41,66	46	26,13	
> que 8 anos	76	45,23	122	69,31	
Escolaridade paterna (■)					0,0002
< que 3 anos	13	8,44	2	1,20	
de 4 a 7 anos	50	32,46	38	22,90	
> que 8 anos	91	59,09	126	75,90	
Trabalho materno					0,0127
Mãe não trabalha	126	75,0	110	62,50	
Mãe trabalha	42	25,0	66	37,50	
N.º trabalhadores na casa					0,0475
1 pessoa	100	59,52	91	51,70	
2 pessoas	47	27,97	61	34,65	
3 ou + pessoas	13	7,73	22	12,60	
Renda familiar mensal (●) (Salário Mínimo Mensal)					0,0003
< 0,5 (meio)	4	2,68	2	1,21	
De 0,5 a 1	21	14,10	11	6,66	
De 1 a 3	101	67,78	100	60,60	
> 3	23	15,43	52	31,51	
N.º moradores na casa					0,0123
De 6 ou + pessoas	49	29,16	32	18,19	
De 4 a 5 pessoas	81	48,21	91	51,70	
De 1 até 3 pessoas	37	22,02	53	30,11	
Categoria ABEP					0,0000
Sem eletrodomésticos e pouco ou nenhum estudo: Pior situação	7	4,17	1	0,56	
Letra E	17	10,11	10	5,69	
Letra D	34	20,23	19	10,79	
Letra C	96	57,15	113	64,20	
Letras A e B: Melhor situação	14	8,34	33	18,75	
Tipo de Casa					0,0002
Tijolo + Madeira + Material Reaproveitado	29	17,26	8	4,55	
Madeira	53	31,54	52	29,55	
Tijolo + Alvenaria	86	51,20	116	65,90	
Disponibilidade de Saneamento Básico					0,0004
Não (fossa rudimentar, fossa séptica ou vala)	79	47,02	50	28,40	
Sim (Ligado à Rede Pública de Esgoto)	89	52,98	126	71,60	
Disponibilidade de Eletricidade					0,0150
Não	8	4,77	1	0,57	
Sim	160	95,23	175	99,43	
Tipo de Parto					0,0024
Cesariana	55	32,73	86	48,87	
Normal	113	67,27	90	51,13	

■ 24 não informados (14 no CE e 10 no FC) / ● 30 não informados (149 no CE e 165 no FC).

4.4 RESULTADO DA ANÁLISE MULTIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A VARIÁVEL DEPENDENTE “MÃE DE CRIANÇAS VISITADAS POR ACS DO GRUPO CE” NO 4º E 6º MÊS

As variáveis socioeconômicas, demográficas e alimentares apresentaram associação com a variável dependente “mãe de crianças visitadas por ACS do grupo CE” no 4.º mês e 6.º mês. No 4.º mês apresentaram associação com a variável dependente as seguintes variáveis: renda familiar mensal ($p<0,040$), escolaridade materna ($p<0,051$), disponibilidade de saneamento básico ($p<0,024$), qual o tipo de leite oferecido à criança ($p<0,042$) e se a mãe recebeu orientação sobre AM do ACS ($p<0,000$). No 6.º mês, continuaram apresentando associação com a variável dependente as variáveis renda familiar ($p<0,007$) e disponibilidade de saneamento básico ($p<0,028$), bem como o uso de água ($p<0,029$), uso de chá ($p<0,018$) e se a mãe recebeu orientação sobre AM do ACS ($p<0,001$).

4.5 PREVALÊNCIA DO AM E AME NO 1.º, 4.º E 6.º MÊS

Na visita do 1.º mês registraram-se 326 crianças em AM e 18 desmamadas do total de crianças estudadas. O período do desmame ocorreu entre o 1.º ao 15.ª dia de vida em 11 crianças e em 7 entre o 16.º ao 30.º dia. Os motivos apontados pelas mães para o desmame precoce foram: leite insuficiente (7), mães com problemas de saúde (2), problemas no seio (4), falecimento do marido (1), criança sem força para mamar (2), leite empedrado na mama (1) e uma mãe que se recusou a responder. A prevalência do AM no 1.º mês foi de 94,8%, sendo 96,4% no CE e 93,2% no FC. Já a prevalência do AME foi de 35,2%, com 36,3% no CE e 34,1% no FC.

No 4.º mês se mantinham no estudo 292 duplas mães/bebê, as restantes tiveram seu seguimento interrompido por mudança de cidade de domicílio. Continuavam em AM 244 crianças e 48 encontravam-se desmamadas. A prevalência do AM no 4.º mês foi de 83,6%, sendo 85% no CE e 82,1% no FC ($p=0,30$) e do AME de 24,7%, com 20,4% no CE e 29% no FC ($p=0,53$).

No 6.º mês permaneciam em seguimento 231 duplas mães/bebê e as demais tiveram seu seguimento interrompido por mudança de domicílio ou cidade. Continuavam em AM 218 crianças e 13 encontravam-se desmamadas. A prevalência do AM no 6.º mês foi de 94,3%, sendo 94% no CE e 94,8% no FC ($p=0,52$), e do

AME de 4,3%, com 7,7% no CE e 0,9% no FC ($p=0,036$).

4.6 RESULTADO DA ANÁLISE MULTIVARIADA ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E A VARIÁVEL DEPENDENTE “ALEITAMENTO MATERNO” NO 4º E 6º MÊS

A Tabela 2 mostra a associação entre as variáveis independentes socioeconômicas, demográficas e alimentares com a variável dependente “aleitamento materno” no 4.º e 6.º mês em ambos os grupos. Observa-se na análise multivariada do 4.º mês que apenas a variável alimentar “ingerir líquidos na mamadeira” (água, chá ou leite) ($OR= 2,27/p<0,001/IC95\%1,41-3,66$) e “uso de chupeta” ($OR=9,29/p<0,000/IC95\%4,07-21,19$) apresentaram associação positiva com a variável dependente, sugerindo risco para o desmame. No 6.º mês a única variável que continuou apresentando risco positivo para o desmame foi “uso de chupeta” ($OR= 5,29/p<0,007/IC95\%1,57-17,81$).

TABELA 2 – RESULTADOS DA ANÁLISE MULTIVARIADA TESTANDO A ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E ALIMENTARES E A VARIÁVEL DEPENDENTE “ALEITAMENTO MATERNO” NO 4.º E 6.º MESES*, COM SUAS ESTIMATIVAS DE *ODDS RATIO* BRUTA E AJUSTADA E RESPECTIVOS INTERVALOS DE CONFIANÇA.

4º Mês (n=292)	OR bruta	IC95%	OR ajustada	IC95%	p
Renda > de 3 SM/M < de 3 SM/M	1 0,82	0,49-1,36	1 0,84	0,45-1,56	0,592
Ingerir líquidos na mamadeira (água, chá ou leite) Não Sim	1 2,06	1,49-2,85	1 2,27	1,41-3,66	0,001**
Introdução de alimento sólido antes do 4.º mês Não Sim	1 0,96	0,77-1,21	1 0,86	0,66-1,12	0,286
Uso de chupeta Não Sim	1 10,44	4,35-25,01	1 9,29	4,07-21,19	0,000**
Ingerir água Não Sim	1 3,59	1,75-7,37	1 1,77	0,78-4,01	0,168
Crianças visitadas por ACS do CE Não Sim	1 1,24	0,66-2,31	1 1,16	0,58-2,32	0,672
6.º Mês (n=231)	OR bruta	IC95%	OR Ajustada	IC95%	p
Uso de chupeta Não Sim	1 3,82	1,08-13,47	1 5,29	1,57-17,81	0,007**

*Ajustada pela variável mãe de crianças visitadas por ACS do CE

**p<0,05

Ressalta-se que o AME não apresentou associação com as variáveis socioeconômicas, demográficas, ambientais e alimentares na análise multivariada no 4.º e no 6.º mês em ambos os grupos. Não houve, portanto, diferença estatística para o AME.

4.7 AVALIAÇÃO DO AME ENTRE O CE E FC NO 1.º, 4.º E 6.º MÊS

A Tabela 3 mostra a associação positiva com significância estatística entre as crianças em AME e SEM AME, acompanhadas no 1.º, 4.º e 6.º mês. Foram separadas em crianças SEM AME todas aquelas que receberam, além do leite materno, leite artificial, água, suco, chá e alimentos sólidos. As crianças desmamadas também foram incluídas nesse grupo.

TABELA 3: DISTRIBUIÇÃO DO AME E SEM AME NO 1.º, 4.º E 6.º MÊS DE VIDA DA CRIANÇA NOS GRUPOS CE E FC, GUARAPUAVA-PR

Meses	População CE e FC	AME		SEM AME		p	OR (IC95%)
		n	%	n	%		
1.º Mês	CE (168)	61	17,7	107	31,1	0,735*	1,10 (0,70-1,71)
	FC (176)	60	17,4	116	33,7		
	Total (344)	121	35,2	223	64,8		
4.º Mês	CE (147)	30	10,3	117	40,1	0,171*	0,67 (0,39-1,15)
	FC (145)	40	13,7	105	36,0		
	Total (292)	70	24,0	222	76,0		
6.º Mês	CE (117)	9	3,9	108	46,8	0,019*	9,41(1,17-75,58)
	FC (114)	1	0,4	113	48,9		
	Total (231)	10	4,3	221	95,7		

*Teste Exato de Fischer

Observou-se associação positiva com significância estatística entre pertencer ao Grupo CE e apresentar maior taxa de AME no 6º mês, quando nove crianças acompanhadas por ACS do Grupo CE permaneceram em AME, enquanto só uma do Grupo FC. Não houve associação entre pertencer ao Grupo CE e taxa de AME no 1º e 4º mês. Sugere-se, portanto, que as mães de crianças visitadas por ACS sem capacitação apresentaram maior risco de abandonarem o AME ao 6º mês de vida.

5 DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DA CAPACITAÇÃO DOS ACS

A avaliação descritiva prévia (Pré-Teste) evidenciou um pequeno déficit nos conhecimentos básicos dos ACS sobre AM. Um estudo realizado em São Paulo, no município de Francisco Morato, com o objetivo de avaliar a sensibilização, os conhecimentos e a capacitação de equipes do PSF em AM, com um questionário semi-estruturado, concluiu que os profissionais se apresentaram sensibilizados quanto aos conhecimentos relativos à importância do AM, mas apresentaram dificuldades para resolver as questões práticas do manejo clínico da amamentação. Sugestões destacadas ao final daquele questionário incluíram ações de educação em saúde, melhoria do material educativo, campanhas de promoção nos meios de comunicação e a necessidade de capacitação periódica em AM, principalmente aos ACS (CICONI; VENANCIO; ESCUDER, 2004).

O déficit de conhecimento foi apontado em outro estudo realizado por Caldeira e colaboradores (2007) quando avaliaram o nível de conhecimento dos profissionais das equipes de saúde da família em AM. O desempenho dos ACS foi significativamente menor do que o dos profissionais de nível superior em três áreas temáticas, conhecimentos gerais sobre o leite materno e cuidados com a mama, manejo dos principais problemas (ingurgitamento e fissuras) e a técnica correta de amamentação. Contudo, observaram os ACS como os mais empenhados nas atividades de promoção do AM que os demais.

Embora o ato de amamentar seja natural, esse mecanismo fisiológico está envolto na diversidade do contexto cultural, nas crenças e informações populares, mitos e experiências pessoais vivenciadas e repassadas às mães de forma empírica. Nos debates com os ACS do grupo CE, verificou-se que, para melhorar a qualidade da assistência materno-infantil, é necessário ampliar o conhecimento teórico prático, fortalecer a sensibilização, viabilizar o manejo do AM e reforçar as práticas alimentares corretas nos primeiros anos de vida da criança. De acordo com o Processo de Educação Permanente, as discussões em grupo extrapolam o processo pontual de aprendizagem (BRASIL, 2000c). As discussões de casos-problema e os debates das situações vivenciadas em campo pelos ACS geraram

benefícios, estimulando e apoiando os membros do grupo de estudo, repercutindo na prática profissional e no exercício da educação permanente.

DONABEDIAN (1980), autor reconhecido mundialmente na avaliação da qualidade em atenção à saúde, define *eficiência como o efeito alcançado em relação ao esforço despendido, em termos de recursos e tempo utilizados*. Os estudos de eficiência são feitos para avaliar intervenções, programas e tecnologias eficazes e efetivas. Vale ressaltar que o estudo de Guarapuava não utilizou recurso financeiro do município para elaboração de materiais didáticos e pedagógicos, sendo que os manuais utilizados na capacitação foram cedidos pelo Ministério da Saúde às Unidades de Saúde dos estados e municípios. A rotina das unidades não foi alterada para os períodos de treinamento, utilizando apenas dois dias úteis de trabalho dos ACS do Grupo CE. Pode-se sugerir, portanto, que a capacitação mostrou-se eficiente ao produzir resultados com menor custo, recurso e tempo.

Os resultados da análise quantitativa na aplicação dos questionários Pós-Teste, comparados aos Pré, mostraram uma retenção significativa do conhecimento após uma semana ($p < 0,0001$). Mesmo a maioria dos ACS afirmando não ter recebido nenhum curso de capacitação na área de nutrição materno-infantil, ao ingressar como Agente no serviço público ou a qualquer tempo, sendo o único treinamento o aplicado nesse estudo, a capacitação dos ACS mostrou-se eficiente nas 16 horas trabalhadas com o manual do MS.

5.2 ANÁLISE DO PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DO GRUPO CE E FC

As características ambientais e de infraestrutura são importantes indicadores das condições socioeconômicas de uma população. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (BRASIL, 2009b), houve uma melhora nos marcadores das condições sanitárias e de saúde no Brasil. Exemplo é a disponibilidade de energia elétrica, presente em mais de 90% dos domicílios brasileiros. Entretanto, observa-se ainda uma expressiva quantidade de domicílios de máxima vulnerabilidade sanitária. Se, por um lado, o progresso tecnológico avança com o aumento de compra de bens de consumo duráveis como televisão, DVD, telefone fixo, celular, computador e acesso à internet, por outro, os investimentos na melhoria das condições de infraestrutura continuam estagnados e

pouco expressivos.

Os programas sociais de transferência de renda proporcionaram uma diminuição da pobreza extrema em grande parte da população brasileira, principalmente nas áreas rurais da região Norte e Nordeste. Estima-se que 7,4% dos domicílios brasileiros recebam algum benefício monetário. Por outro lado, observa-se que esses benefícios sociais não diminuíram as intensas diferenças nas demais regiões do país, bem como o acesso aos serviços de infraestrutura básica entre as áreas urbanas e rurais e os baixos níveis socioeconômicos na área rural (BRASIL, 2009b).

Ao longo dos últimos anos, é observado um crescimento significativo desse indicador nas famílias brasileiras. A melhoria das condições de vida da população foi observada principalmente na ascensão de famílias de classes econômicas muito pobres para classes mais elevadas. Foi o caso da diminuição das classes E e D em todas as macrorregiões do país, principalmente da classe E, observada principalmente na região Nordeste, ao passar de 44,8%, em 1996, para 20,3% em 2006. Entretanto, essa melhoria na distribuição das classes econômicas provocou um aumento das classes C e B, consideradas “classe média”, passando de menos de 50% em 1996 para 65% em 2006 da população brasileira. Esse crescimento, contudo, não trouxe melhoria na distribuição e na uniformidade de renda da população em todo o país (BRASIL, 2009b). No estudo de Guarapuava foi observada forte distinção entre as classes econômicas nos grupos CE e FC, com maior predominância das classes E, D e C no grupo CE (Tabela 1).

A disponibilidade de saneamento básico é reconhecida como um indicador indireto de pobreza. Os índices de mortalidade infantil aumentam nos locais sem acesso a saneamento (PORTAL ODM, 2010). Não houve mudança na rede de esgoto ou pluvial na área urbana de acordo com a distribuição percentual dos domicílios brasileiros entre 1996 a 2006. O percentual encontrado foi de 58,1%, em 1996, e de 51,1% em 2006, demonstrando que não houve melhorias na estrutura de saneamento básico ao longo dos anos. Em contrapartida, as fossas sépticas ligadas à rede pública tiveram um pequeno aumento percentual de 12,7% para 15,5%. As fossas sépticas não ligadas à rede e as fossas rudimentares/comuns tiveram uma pequena melhora, passando de 18,1% para 12,2% e de 11,1% para 9,3%, no comparativo dos anos acima indicados (BRASIL, 2009b). Considera-se fossa séptica quando o banheiro ou sanitário está ligado parcialmente à rede pública de esgoto.

Fossa rudimentar quando o banheiro ou sanitário está ligado a uma fossa rústica (fossa negra, poço ou buraco) e vala no caso do banheiro ou sanitário estar ligado diretamente a uma vala a céu aberto. As fossas e valas são responsáveis pela contaminação de águas subterrâneas por doenças veiculadas pela urina, fezes e água, como hepatite, cólera, salmonelas entre outras.

Atualmente, o Brasil tem um déficit de 49% no acesso à rede pública de esgoto. O município de Guarapuava apresentava, em 2000, um percentual de moradores que viviam em domicílios com formas de esgotamento consideradas adequadas, na zona urbana com 48,7% e na zona rural com 8,4% (PORTAL ODM, 2010). Em 2007 e 2008, na ocasião da observação, o déficit de acesso ao saneamento básico ainda se constatava no município e, como se observou a *posteriori*, principalmente naquelas regiões de domicílio do grupo CE ($p < 0,0004$). As casas desse grupo tinham mais frequentemente fossas sépticas, rudimentares e valas, comparadas às do FC (Tabela 1).

Outro indicador de qualidade de vida é o perfil socioeconômico da população. Um estudo realizado em 2010, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), constatou que entre 1995 até 2008, 13,1 milhões de brasileiros saíram da pobreza extrema (renda média domiciliar de 25% do mínimo por pessoa) e 12,8 milhões saíram da pobreza absoluta (renda média domiciliar de meio salário mínimo por pessoa, a cada mês). O estado do Paraná, juntamente com Santa Catarina, serão os primeiros a erradicar a pobreza extrema, em 2012. Em 2013, os estados de Goiás, Espírito Santo e Minas Gerais e em 2014, São Paulo e Mato Grosso. Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Tocantins, em 2015, e os demais estados apenas em 2016 (IPEA, 2010).

De acordo com Portal de Acompanhamento Municipal dos Objetivos do Milênio (PORTAL ODM, 2010), Guarapuava reduziu a pobreza em 27%, entre os anos de 1991 a 2000. A estimativa para 2015 é no máximo de 19,8%, para alcançar a meta de redução de pobreza desejada de 50%. As famílias do CE apresentaram uma diferença significativa com relação à renda familiar mensal comparada com as do grupo FC ($p < 0,0003$). 21 (14,10%) famílias recebiam entre meio a um salário mínimo mensal e 4 (2,68%) menos que meio salário mínimo mensal (pobreza absoluta) (Tabela 1).

As informações de renda familiar e disponibilidade de saneamento básico não são suficientes para entender os processos sociais que afetam as condições de vida

e sobrevivência da população. A educação também é um indicador social e um dos 8 Objetivos do Desenvolvimento do Milênio a ser alcançado até 2015. Deve ser levado em conta na análise e monitoramento da qualidade do desenvolvimento humano e na avaliação de programas e políticas públicas.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 verificou que 3% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (de 15 a 49 anos) não tinham instrução nenhuma. Aproximadamente 20% delas completaram até a quarta série do ensino fundamental e 50% o ensino fundamental completo, superando os oito anos de estudo. Comparado aos dados do PNDS de 1996, esse aumento foi expressivo quando apenas 30% das mulheres declararam ter oito anos de estudo. As mulheres constituem um pouco mais da metade da população brasileira (51,3%), grande parte (84%) vive em áreas urbanas e são, na maioria das vezes, responsáveis pelo domicílio. Essa responsabilidade se deu pela própria necessidade de adaptação da mulher ao contexto social resultante das mudanças nas relações de gênero, do aumento de separações e divórcios, da queda da fecundidade e da reorganização das famílias. Dados institucionais oficiais sobre grau de instrução materna são escassos no município de Guarapuava. Os dados disponíveis são referentes ao estudo de 2004, quando se verificou que do total de mães entrevistadas, 48% não completaram o ensino fundamental, ou seja, tinham menos de quatro anos de estudo. Apenas 11,7% concluíram o ensino fundamental, 13,2% não completaram o ensino médio, 19,9% tinham oito anos de estudo e apenas 7,2% tinham doze anos ou mais (TSUPAL, 2005). No presente estudo, o grupo CE apresentou menor nível de escolaridade materna comparado ao FC, com 5 (1,62%) mães sem estudo, 17 (10,11%) com menos de três anos, 70 (41,66%) com 4 a 7 anos e 76 (45,23%) com mais de oito anos de estudo ($p < 0,0000$). Por outro lado, quase 70% das mulheres do FC tinham mais que oito anos de estudo (Tabela 1).

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Brasil apresentou em 2010 um IDH de 0,699, classificando o país com um bom desenvolvimento humano, maior que a média mundial (0,624). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida de comparação usada para classificar os países em países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos. A partir de 2010, os critérios de avaliação do IDH mudaram levando em conta três aspectos essenciais do desenvolvimento

humano: o acesso ao conhecimento (medido por indicadores de educação: anos médios de estudo e anos esperados de escolaridade), a saúde (expectativa de vida ao nascer) e a renda (padrão de vida digno) (PNUD, 2010). A expectativa de vida ao nascer é calculada levando-se em conta as taxa de mortalidade geral e infantil, segundo a classe de renda, o acesso a serviços de saúde, saneamento, educação, entre outros. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é um índice que mede o desenvolvimento humano de uma unidade geográfica, de acordo com as adaptações metodológicas e conceituais de cada região e é obtido pela média aritmética simples de três subíndices: Longevidade (IDH-Longevidade), Educação (IDH-Educação) e Renda (IDH-Renda). Mesmo Guarapuava apresentando um IDH-M de 0,773, as áreas do grupo CE mostraram-se vulneráveis pelas diferenças significativas no perfil socioeconômico e demográfico, demonstrando certa fragilidade no contexto social dessas famílias.

5.3 ANÁLISES DAS VARIÁVEIS NO 4.º E 6.º MÊS

O resultado da análise multivariada do 4.º mês mostrou que as mães que faziam parte do CE tinham menor renda, piores condições de saneamento básico, menor escolaridade, e introduziram precocemente os leites da Categoria 2 (leites de vaca fluídos ou em pó e o *Leite das Crianças* [Leite do Governo do Estado do Paraná]), em comparação com as mães do FC. A regressão multivariada no 6.º mês mostrou que a menor renda familiar mensal e as piores condições de saneamento básico continuaram evidentes na população do CE. Essas mães ofertaram mais água e menos chá em comparação com as mães do FC.

Os grupos CE e FC apresentaram forte distinção entre as classes de renda familiar mensal. Vários estudos não encontraram associação da renda mensal *per capita* em comparação com a duração do aleitamento materno (ESCOBAR *et al.*, 2002; ISSLER; LEONE; QUINTAL, 1989; CANDEIAS, 1983). Em contradição, alguns trabalhos têm demonstrado que condições socioeconômicas precárias reduzem as taxas de aleitamento materno (OLIVEIRA *et al.*, 2005) e, principalmente, as do aleitamento materno exclusivo (MASCARENHAS *et al.*, 2006).

Uma quantidade expressiva das famílias do grupo CE não tinha acesso ao saneamento básico. Uma das explicações para os altos índices de mortalidade infantil no Brasil é a deficiência da estrutura sanitária ou a sua precariedade. Uma

das estratégias para redução desses índices é a promoção e o incentivo ao aleitamento materno. Estudos anteriores pontuam e comprovam a influência da variável saneamento, juntamente com a variável renda e escolaridade materna (BENÍCIO; MONTEIRO, 1997; SOUZA, 1992) e o acesso aos serviços de saúde (MONTEIRO *et al.*, 2000), como marcadores de risco para a desnutrição e a mortalidade infantil.

Sabe-se que a alta escolaridade materna é forte aliada na adesão ao aleitamento materno. Estudos corroboraram com esse entendimento quando observaram mulheres com maior nível de escolaridade assimilando mais conhecimentos sobre os benefícios do leite materno e rejeitando com segurança as influências e práticas que interferem na aceitação da amamentação (FRANÇA *et al.*, 2007) e na continuidade do AM (BARROS; VICTORA, 2008; DAMIÃO, 2008; ESCOBAR *et al.*, 2002) e AME (SANTIAGO *et al.*, 2003). A baixa escolaridade materna poderia ser um fator da tendência a uma menor prevalência de AM entre o CE e FC no quarto mês. Essa premissa foi observada nos estudos de Niquini *et al.* (2009) e Oliveira *et al.* (2005).

No entanto, na última pesquisa de prevalência de aleitamento materno no Brasil, realizada pelo Ministério da Saúde nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008, não foi encontrada diferença estatística entre o AM e os diversos graus escolaridade materna (BRASIL, 2009b), sugerindo que a escolaridade materna pode não ser um fator de proteção. A ausência de relação entre escolaridade materna e AM e AME pode estar relacionada à interferência de inúmeras ações de intervenção em AM, minimizando o impacto isolado da escolaridade materna. Do mesmo modo, as diferenças de escolaridade materna entre os grupos FC e CE não podem ser interpretadas como justificativas para a continuidade ou não da AM ou AME, pois os grupos receberam orientação de ACS com capacitação diferenciada. Os ACS com mais informações sobre aleitamento podem ter suprido a carência de educação formal no grupo CE gerando um fator de confusão.

Os malefícios da introdução de outros leites que não o materno, antes dos seis meses de idade, têm sido descritos e ultrapassam, em muito, qualquer benefício em potencial dessa prática, mostrando associação negativa no impacto do AM. Na avaliação das variáveis independentes com a variável dependente “mãe de crianças visitadas por ACS do grupo CE”, houve distinção entre os grupos na introdução

precoce de outros tipos de leites artificiais no quarto mês ($p < 0,042$). Os leites desse grupo (Categoria 2) incluíram o leite de vaca fluído ou em pó e o *Leite das Crianças*.

Um dos leites dessa categoria é o do programa de distribuição de leite, desenvolvido pelo Governo do Estado do Paraná, a partir de junho de 2004, conhecido como “*Leite das Crianças*” (PARANA, 2010). É destinado a crianças de seis meses a três anos pertencentes a famílias com renda *per capita* mensal inferior a meio salário mínimo regional. O leite oferecido é fluído, pasteurizado, com teor mínimo de gordura de 3% e enriquecido com ferro e vitaminas A e D. Mesmo enriquecido, sabe-se que a proteína do leite de vaca é altamente alergênica e produz no bebê reações no trato gastrointestinal, no aparelho respiratório e na pele (CARVALHO, E.; BERNAL, G. A., 2003; FIOCCHI *et al.*, 2010). Ademais, o leite de vaca fluído ou em pó não é adequado para crianças menores de seis meses de idade. É pobre em ácido linoléico, zinco, vitamina E e C, além de conter grandes quantidades de sódio, potássio e proteína. Quando diluído ou fervido, os níveis de vitamina C e do complexo B se reduzem e podem levar a quadros carenciais (CARVALHO, E.; BERNAL, G. A., 2003; LOPES, F. A.; JUSWIAK, C. R., 2003). O conteúdo de ferro no leite de vaca é reduzido e de baixa biodisponibilidade, apresentando-se como um grande fator de risco para a ocorrência de anemia na infância (MALE *et al.*, 2001; HADLER, M. C.; SIGULEM, D. M., 2002; HADLER, M. C., COLUGNATI, F. A., SIGULEM, D. M., 2004; LEVY-COSTA, R. B., MONTEIRO, C. A., 2004).

Recomenda-se que no impedimento do AM, a escolha do leite ofertado à criança deve incidir sobre os leites modificados, em virtude de apresentarem melhor adequação nutricional em suas composições químicas (BENKOV; LELEIKO, 1987; CARVER, 2003). Sugere-se que a própria indisponibilidade de recurso financeiro para a compra de leites modificados das mães do CE pode ter influenciado no consumo do leite de vaca integral fluído ou em pó, bem como do *Leite das Crianças*. O estudo de Oliveira e colaboradores (2005) verificaram que na procura por leites modificados o percentual de mães com melhores condições de vida foi de 72,1% em comparação com 38,4% daquelas que viviam em condições de vida muito baixa, sendo o contrário observado quando na compra de leite de vaca a escolha foi de 27,9% e 61,6%, respectivamente. O estudo de Niquini e colaboradores (2009) verificou que algumas características, como baixa escolaridade, trabalho informal, não ter experiência anterior em amamentação, ser adolescente com companheiro e

adulta sem companheiro, podem interferir na duração do AM e contribuir com a introdução precoce do leite de vaca. O estudo reforça a necessidade da capacitação de profissionais de saúde no apoio e orientação às mães quanto ao AME.

Chuproski (2009) observou em seu estudo que a introdução precoce de outros alimentos líquidos ou sólidos é uma prática comum no comportamento das mães e interfere no crescimento, desenvolvimento e estado nutricional dos lactentes. Houve distinção entre o grupo CE e FC no sexto mês na introdução da água ($p<0,029$) e uso de chá ($p<0,018$). Mesmo recebendo orientação sobre AM do ACS, as mães do CE introduziram precocemente água antes do sexto mês quando comparadas com as mães do FC. Já a frequência de introdução do chá não foi significativa na população do CE. Essa prática na população brasileira pode estar fortemente associada a fatores socioculturais, em cujo contexto o chá é usado para acalmar a criança e diminuir as cólicas, e a água para “matar” a sede.

A mamadeira usada para oferecer chá, leite ou água apresentou forte influência negativa na continuidade do aleitamento materno no quarto mês. Almeida (2004), em um estudo realizado com crianças menores de dois anos de idade, em Paranaguá-PR, verificou que 49% das mães entrevistadas informaram usar mamadeira para alimentar seus filhos menores de seis meses e 86,8% a utilizavam para alimentar crianças de 18 a 24 meses de idade. França e colaboradores (2008) apontaram que o uso da mamadeira pode influenciar negativamente na técnica de amamentação, e o consumo de chá e água por mamadeira pode contribuir com a introdução precoce de leites industrializados. Vale ressaltar, ainda, que essa prática pode reduzir as taxas de prevalência do AM (RAMOS *et al.*, 2008), bem como o tempo de AME (FIGUEIREDO *et al.*, 2004).

A chupeta apresentou-se como um fator de risco nos dois momentos estudados (Tabela 2). As crianças que faziam uso de chupeta no 4.º e 6.º mês tiveram chance de 9,29 e 5,29 maior, respectivamente, de não continuarem em AM. Vieira e colaboradores (2004) verificaram em Feira de Santana-BA que a ocorrência do AME foi maior em crianças que não usavam chupeta. Ramos e colaboradores (2008), ao fazerem o diagnóstico da situação do AM no Estado do Piauí, verificaram que essa prática reduziu as taxas de prevalência do AM em crianças menores de um ano. Soares e colaboradores (2003) verificaram a associação entre o uso de chupeta e a menor duração do AM e AME. Em comparação, outros associam o uso da chupeta como um marcador de dificuldades no AM, e não como agente causal de

sua interrupção (VICTORA *et al.*, 1997; KRAMER *et al.*, 2001, como um comportamento materno para induzir o desmame (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2006) ou como uma prática materna frente a dificuldades em amamentar (WHO, 2001).

A OMS e a OPAS consideram que a mamadeira e a chupeta são fatores de risco para continuidade do AM. Ambas interferem na sucção, alterando a dinâmica oral, provocando a diminuição do tempo da amamentação e agindo como veículo de transmissão de infecções. O potencial de infecções desses instrumentos decorre da falta de higiene na utilização da chupeta e da mamadeira e do uso de água contaminada para a preparação da mamadeira e suas diluições (OMS/OPAS, 2001).

A recomendação do AME por seis meses e complementado até os dois anos ou mais de vida da criança vem sendo recomendado pelo MS desde 1991, entretanto, as taxas ainda estão muito aquém das recomendações (100% das crianças menores de seis meses em AME). Um estudo realizado em Londrina-PR, durante a segunda fase da Campanha Nacional de Vacinação, em agosto de 2002, verificou que 29,3% de crianças menores de quatro meses estavam em AME e das menores de seis meses apenas 21% estavam sendo amamentadas exclusivamente (VANNUCHI *et al.*, 2005). O primeiro estudo sobre AM realizado no município de Guarapuava, em 2004, verificou que a prevalência do AM foi de 86,4% e 78,7% entre crianças menores de quatro e seis meses, respectivamente, e do AME foi de 46,4% em menores de quatro meses e de 37,3% nos menores de seis meses (TSUPAL, 2005). Em 2006, outro estudo no mesmo município revelou que 31,2% das crianças estavam em AME no quarto mês e apenas 12,9% no sexto mês (BRECAILO *et al.*, 2010). A pesquisa de 2008 mostrou que as taxas ainda continuam abaixo do recomendado com uma prevalência do AM de 94,8% no primeiro, 83,6 % no quarto e 94,3% no sexto mês e do AME de 35,2%, 24,7%, e 4,3%, respectivamente.

O leite materno é o único alimento capaz de garantir segurança nutricional e promover proteção imunológica eficiente contra agentes patogênicos nos primeiros anos de vida da criança (NEWBURG, 2000; PENDERS *et al.*, 2006). Combate à desnutrição precoce, às infecções dos tratos gastrointestinal e respiratório e reduz os índices de mortalidade infantil (VICTORA *et al.*, 1987; MONTEIRO; REA; VICTORA, 1990; WOOLRIDGE, PHIL, BAUM, 1993; TADDEI *et al.*, 2011). Entretanto, morrem no mundo

mais de dez milhões de crianças menores de cinco anos em decorrência de

infecções respiratórias, doenças diarreicas e desnutrição, entre outras. O aleitamento materno está entre as 23 intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo identificadas para redução desse quadro (VICTORA; BARROS, 2005).

As vantagens de longo prazo são observadas através dos estudos epidemiológicos observacionais ao sugerirem que os benefícios do aleitamento materno, exclusivo ou não, podem estar associados com o menor risco do desenvolvimento de diabetes *mellito* tipo 2 (OWEN *et al.*, 2006; HORTA *et al.*, 2007), obesidade (ARENZ *et al.*, 2004; STETTLER *et al.*, 2005; SINGHAL; LANIGAN, 2007), doença cardiovascular (HORTA *et al.*, 2007; OWEN *et al.*, 2008) e ao desenvolvimento intelectual e desempenho escolar de crianças e adolescentes (LUCAS *et al.*, 1992; HORTA *et al.*, 2007; ODDY *et al.*, 2010). Vale ressaltar que os benefícios da amamentação se estendem também à saúde da mulher, ao promoverem menor sangramento após o parto, menor risco de anemia, menor risco de cânceres de mama e de ovário, e, quando exclusivo, menor espaçamento entre as gestações, permitindo maior e melhor controle de natalidade e dinâmica familiar (REA, 2004; TOMA; REA, 2008).

A proteção do leite humano contra infecções, diarreia e desnutrição é conferida principalmente em lactentes que são amamentados exclusivamente, promovendo a diminuição da mortalidade infantil (VICTORA *et al.*, 1987; MONTEIRO; REA; VICTORA, 1990; WOOLRIDGE; PHIL; BAUM, 1993; COUTINHO *et al.*, 2005). De acordo com a Situação Mundial da Infância, Caderno Brasil 2008, do Fundo das Nações Unidas para a Infância, alguns fatores têm contribuído para a redução da mortalidade infantil, como os cuidados pré-natais e perinatais, a melhoria do modelo vacinal e de atenção à saúde, a distribuição de água, a disponibilidade de saneamento básico e o incentivo ao aleitamento materno (UNICEF, 2008).

Corroboram com esses dados os observados no recente estudo sobre Saúde no Brasil. A melhoria dos fatores socioeconômicos e demográficos da população brasileira favoreceu a redução da mortalidade infantil nos últimos 30 anos. O acesso à saúde, as intervenções em saúde, a implantação e a implementação dos programas em saúde, juntamente com a redução das desigualdades sociais e econômicas, permitiram a melhoria desse quadro. Fatores citados como responsáveis pela melhoria na saúde e nutrição da criança foram os programas de aleitamento materno, reidratação oral, imunizações e Saúde da Família cobrindo a população materno infantil (VICTORA *et al.*, 2011). No estudo de Guarapuava,

mesmo com a melhoria de alguns indicadores, nos últimos anos, e com a implantação e a implementação do PSF e PACS, persiste uma forte desigualdade social, econômica, demográfica e alimentar, a ser vencida, principalmente, na prevalência do AME.

As mães que introduziram líquidos, incluindo o leite não humano, antes do sexto mês, através da mamadeira, e fizeram uso de chupeta, contribuíram com a diminuição da prevalência do AM. Esse comportamento materno confirmou a força cultural dessa prática e a necessidade da continuidade das intervenções em educação em saúde. A orientação sobre AM e correta introdução da alimentação complementar pelos ACS capacitados não foi suficiente para modificar esse comportamento.

Diante do exposto, reforça-se, portanto, a continuidade das ações de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas no enfrentamento das iniquidades sociais, bem como das políticas e ações de incentivo ao aleitamento materno.

5.4 ANÁLISES DA CAPACITAÇÃO NA PREVALÊNCIA DO AME

Um estudo realizado em Montes Claros, em 2006, mostrou que o treinamento específico em AM é uma estratégia educacional efetiva e eficiente para sensibilizar as equipes de saúde da família da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). A participação do ACS mostrou ser fundamental no sucesso da iniciativa da IUBAAM (CALDEIRA, A.P; FAGUNDES, G.C; AGUIAR, G. N., 2008). De acordo com a OMS, os Agentes, por serem muitas vezes leigos comparados com o restante da equipe de saúde, são os mais envolvidos na comunidade, transferindo informações e promovendo o aumento da duração do AME (WHO, 2003).

O estudo de Oliveira e Camacho (2002) reforça a importância da capacitação de profissionais da atenção básica na prevalência do AME. Verificaram o impacto de um conjunto de procedimentos e estratégias de promoção, proteção e apoio à amamentação no pré-natal e na pediatria de unidades básicas de saúde em bebês menores de seis meses. Concluíram que o gerenciamento adequado da unidade de saúde, o envolvimento da equipe de profissionais de saúde e a capacitação dos

profissionais envolvidos na atenção materno-infantil podem contribuir com a melhoria na amamentação, bem como do AME em crianças menores de seis meses.

Um estudo de intervenção realizado por Vitolo e colaboradores (2005), baseado na implementação dos *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos*, mostrou efetiva melhoria do AM aos 12 meses e do AME aos 4 e 6 meses. A intervenção se constituiu de visitas domiciliares por estudantes da área de saúde nos primeiros 10 dias após o parto e mensalmente, até o 6.º mês, e aos 8, 10 e 12 meses de vida da criança. Os efeitos da intervenção não conseguiram prevenir a anemia ferropriva em crianças menores de um ano, entretanto, indicaram melhorias das práticas alimentares e nas condições de saúde das crianças. Ressaltou a necessidade da continuidade da divulgação do programa nas redes básicas de saúde e na comunidade em geral, observando que, para melhoria dos indicadores de saúde infantil, deve-se levar em conta a complexidade da mudança comportamental, os aspectos culturais e o poder aquisitivo da população estudada (VITOLO *et al.*, 2005).

O trabalho de Morrow e colaboradores, no México, verificou a eficácia do aconselhamento na promoção do AME por meio de visitas domiciliares realizadas por pessoas recrutadas e treinadas da própria comunidade, através de um ensaio clínico randomizado. As visitas ocorreram durante a gestação e no pós-parto em dois grupos de intervenção, com diferentes formas de aconselhamento, sendo três e seis visitas, e comparados com o grupo controle sem nenhuma visita. As mães que receberam seis visitas, aos três meses após o parto, apresentaram uma prevalência de 67,0% em AME. As que receberam três visitas tiveram uma prevalência de AME de 50% e as do grupo controle, de 12% (MORROW *et al.*, 1999). Outros estudos internacionais convergem com os dados acima ao mostrarem a efetividade das intervenções no aumento da prevalência do AM (CHAPMAN *et al.*, 2004; ANDERSON *et al.*, 2007).

A eficácia segundo Donabedian (1980) é o grau em que uma determinada intervenção, procedimento, regime ou serviço produz um resultado benéfico, em condições “ideais” de observação. Tem dimensão instrumental, mas com objetivos intrínsecos atados aos aspectos pedagógicos da educação. O presente estudo concorda com os dados dos estudos anteriores quando observa que o impacto da capacitação foi eficaz na melhoria do AME no 6.º mês de vida da criança evidenciando que nove das 117 crianças assistidas por ACS capacitados

permaneceram em AME, com prevalência de 7,7%, enquanto só uma das 114 do grupo não exposto à capacitação específica estava em AME aos seis meses, prevalência de 0,9% (OR=9,41/ $p<0,019$ / IC95% 1,17-75,58).

5.5 COMENTÁRIO FINAL

A pesquisa em Guarapuava mostrou que o grupo de mães de crianças do Grupo CE amamentou exclusivamente até o sexto mês um número maior de crianças com relação ao Grupo FC, apesar de expostas aos efeitos das desigualdades socioeconômicas e ambientais, demonstrando a relevância da orientação sobre AM recebida dos ACS. Entretanto, o número de crianças nesta etapa da pesquisa e que ainda estavam em AM era pequeno, o que traz algumas ressalvas em relação a essa conclusão.

Uma das limitações deste estudo foi à perda durante o seguimento, problema frequente em estudos com essa característica. Para minimizar sua ocorrência os pesquisadores optaram por realizar as visitas domiciliares ao invés de agendar retorno nas Unidades de Saúde. A comparação das taxas de perdas entre os dois grupos avaliados foram semelhantes.

Outra limitação foi a não avaliação do perfil da família que não foi encontrada no momento das visitas bem como a não inclusão no projeto da investigação do motivo da ausência da mãe e da criança na ocasião em que seria realizada a avaliação, exceto a questão da mudança de endereço.

Entretanto, como este estudo buscou o universo da população usuária das Unidades de Saúde do Município, acreditamos que apesar das perdas, a amostra continuou representativa da população usuária do SUS e os resultados demonstram a tendência do comportamento dos dois grupos incluídos na pesquisa.

Por fim, o aumento da prevalência de aleitamento materno como meio de melhoria da sobrevivência infantil demanda investimentos adicionais na organização do sistema de saúde, no acesso, na informação, bem como na capacitação como instrumento de transformação social.

6 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a capacitação em aleitamento materno, durante um ciclo de treinamento de 16 horas, foi eficiente em incorporar conhecimentos aos Agentes Comunitários de Saúde e eficaz em aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo. Promoveu um impacto positivo na persistência do aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida das crianças do grupo de intervenção, apesar das condições de vulnerabilidade socioeconômica e demográfica dessa amostra da população, permitindo que mais crianças tivessem acesso aos benefícios da amamentação exclusiva.

Ressalta-se que mesmo diante das desigualdades do grupo de intervenção, pelo fato de os patamares da prevalência do aleitamento materno não apresentarem diferenças entre os dois grupos avaliados, além de apresentarem um número pequeno de crianças em aleitamento materno exclusivo no 6º mês, contrariando a tendência de menor prevalência de aleitamento materno na população carente, pode-se afirmar que houve um ganho em termos de aleitamento materno.

Salienta-se, portanto, a importância da continuidade da capacitação como instrumento de educação em saúde para profissionais da Estratégia Saúde da Família, em especial ao Agente Comunitário de Saúde. Ressalta-se também sua importância no fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e como promotora das práticas alimentares saudáveis, por meio do incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e à introdução correta da alimentação complementar a partir desse período.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa 2008. **Critério de classificação econômica Brasil. Dados com base no levantamento sócio econômico 2005 - IBOPE**. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 17/10/10.
- ACCIOLY, E; SAUNDERS, C; LACERDA, E.M DE.A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2.ed. – Rio de Janeiro: Cultura Médica: Koogan, 2009.
- ALMEIDA, C.C.B. Situação alimentar, nutricional e de vida das crianças menores de dois anos em Paranaguá. Paraná. 2004. 310f. **Tese** [Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
- ANDERSON *et al.* Differential response to na exclusive breastfeeding peer counseling intervention: the role of ethnicity. **J. hum. lact.**, Charlottesville, v.23, n.1, p.16-23, 2007.
- ARAÚJO, M.F.M; FIACO, A.D; WERNER, E.H; SCHMITZ, B.A.S. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v.3, n.2, p.195-204, abr./jun, 2003.
- ARENZ, S; RUCKERL, R; KOLETZKO, B; VON KRIES, R. Breastfeeding and childhood obesity: a systematic review. **Int. j. obes.**, London, n.28, p.1247-56, 2004.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- ASSIS, A.M *et al.* Níveis de hemoglobina, aleitamento materno e regime alimentar no primeiro ano de vida. **Rev. saúde pública**, São Paulo, n.38, p.543-51, 2004.
- BARKER, D.J. *et al.* Fetal origins of adult disease: strength of effects and biological basis. **Int. j. epidemiol.**, London, v.31, p.1235-1239, 2002.
- BARROS, F.C; VICTORA, C.G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 3 Suppl, p.461-7, 2008.
- BEMFAM. Sociedade Civil Bem Estar Familiar no Brasil. Programa de Pesquisas Demográficas e da Saúde (DHS). Instituto para o Desenvolvimento de Recursos (IRD). **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar BRASIL 1986 - PNSMIPF**. Rio de Janeiro, 1989.
- BENÍCIO, M. H. D'A; MONTEIRO, C. A. **Desnutrição infantil nos municípios brasileiros**: risco de ocorrência. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância/Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo. 1997.

BENKOV, K.; LE LEIKO, N.S. A rational approach to infant formulas. **Pediatr. ann.**, New York, v.16, n.3, p.225-30, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. LEI Nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990 - DOU de 20/09/1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. - Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. **Projeto Bombeiros da Vida**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família PACS/PSF. PORTARIA Nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Fixa diretriz para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dá outras providências. DECRETO Nº 3.189, de 4 de outubro de 1999 - DOU de 05/10/1999. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. - Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. Caderno 1. **A implantação da Unidade de Saúde da Família** / Milton Menezes da Costa Neto (org.). – Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento Introdutório**. [Cadernos de Atenção Básica 2]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação Permanente**. [Cadernos de Atenção Básica 3]. - Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. DOU DE 05/10/1988. Da Saúde. Art.196. Título VIII. Cap. II. Seção II. 24 ed. Brasília (DF): Casa Civil, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2051/GM, de 08/11/2001. Novos Critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. - Brasília, n.º 215, p.44, 09 nov. 2001, Seção 1. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Manual do Curso: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - **Método Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). **Dez passos para uma alimentação saudável:** guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos /** Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providencias. LEI Nº 10.507 de 10 de julho de 2002 – DOU de 11/07/2002. - **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.º 222, de 05/10/2002. Regulamento Técnico referente à Promoção Comercial e Orientações de uso apropriado dos Alimentos para Lactentes e crianças de Primeira Infância. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** - Brasília, nº 150, seção 1 de 6 de agosto de 2002. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de Agentes Comunitários de Saúde:** Área Profissional Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família. **Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos.** Síntese dos principais resultados. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde:** orientações para o curso. / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades** – referência para mulheres que não podem amamentar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. LEI Nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. - **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** – Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. LEI Nº 11.265, de 3 de Janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de Primeira Infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** - Brasília, Ano CXLIII Nº 3, seção 1 de 4 de janeiro de 2006. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. DECRETO Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. - **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** – Brasília, 2007.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 112p. : Il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/**Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de orientações sobre o bolsa família na saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Atenção Básica. **Rede Amamenta Brasil –** Caderno Tutor. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia nacional para alimentação complementar saudável – ENPACS.** Caderno do Tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 17/10/10.

_____. Ministério da Saúde; SAS – Secretaria de Atenção à Saúde; DAB – Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Atenção Primária. **Números da Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros>. Acesso em: 30/03/11a.

_____. Ministério da Saúde; SAS – Secretaria de Atenção à Saúde; DAB – Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. Atenção Primária. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 30/03/11b.

BRECAILO *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em Guarapuava, Paraná. **Rev. nutr.**, Campinas, v.23, n.4, p.553-563, 2010.

CALDEIRA *et al.* Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, p.1965-70, 2007.

CALDEIRA, A.P; FAGUNDES, G.C; AGUIAR, G.N. Intervenção educacional em equipes do programa de Saúde da família para promoção da amamentação. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.42, n.6, p.1027-33, 2008.

CANDEIAS, N.M.F. Educação em saúde na prevenção do risco de desmame precoce. **Rev. saúde pública**, São Paulo, n.17, p.71-82, 1983.

CARVALHO, E; BERNAL, G. A. **Alimentação para lactentes de 6 a 12 meses.** Temas de Pediatria, Nestlé 75, 2003.

CARVER, J.D. Advances in nutritional modifications of infant formulas. **Am. j. clin. nutr.**, Bethesda, v.77, n.1550S-4S, 2003.

CHAPMAN *et al.* Differential response to breastfeeding peer counseling within a low-income, predominantly latina population. **J. hum. lact.**, Charlottesville, v.20, n.4, p.389-396, 2004)

CHUPROSKI, P.S. Práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade em Guarapuava-PR: experiências do cotidiano. **Dissertação** [Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CICONI, R.C.V; VENANCIO, S.I; ESCUDER, M.M.L. Avaliação dos conhecimentos de equipes do programa de saúde da família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v.4, n.2, p.193-202, 2004.

COUTINHO *et al.* Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **J. pediatr.** (Rio J), v.81, n.6, p.471-7, 2005.

DAMIÃO, J.J. Influencia da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.11, n.3, p.442-52, 2008.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001. 15p.

DE OLIVEIRA, M.I.C; GOMES, M.A. **As unidades básicas amigas da amamentação**: uma nova tática no apoio ao aleitamento materno. In: REGO, J.D (org.) Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, p.343-366, 2001.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Volume 1: *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.

ESCOBAR *et al.* Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. bras. saúde matern. Infant.**, Recife, v.2, n.3, p. 253-261, 2002.

FIGUEREDO *et al.* Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São Jose do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, n.20, p.172-79, jan./fev., 2004.

FIOCCHI *et al.* World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. **Section 3: Epidemiology of CMA**. WAO J, p.61-65, April 2010.

FLETCHER, R.H; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOMON, S.J. **Human milk and breast milk**. In: Fomon SJ. (Ed.). Nutrition of normal infants. St. Louis: Mosby, 1993, p.409-23.

FRANÇA *et al.*,. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.41, n.5, p.711-18, 2007.

FRANÇA *et al.*,. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influencia na técnica de amamentação. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.42, n.4, p.607-14, 2008.

HADLER, M.C.C.M; SIGULEM, D.M. Anemia do lactente: etiologia e prevalência. **J. Pediatr.**, (Rio J.), v.78, n.4, p.321-326, 2002.

HADLER, M.C.C.M.; COLUGNATI, F.A.B.; SIGULEM, D.M. Riscks of anemia in infants according to dietary iron density and weight gain rate. **Prev. med.**, New York, n.39, p.713-21, 2004.

HORTA *et al.* **Evidence on the long-term effects of breastfeeding:** systematic reviews and meta-analyses. Geneva: World Health Organization, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE divulga os resultados da coleta do Censo 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em: 26/12/2010.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Anuário Estatístico do Paraná 2008.** Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 17/10/2010a.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Indicadores Econômicos. Evolução do Salário Mínimo - Brasil - Maio 1995/Fev 2009.** Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>. Acesso em: 17/10/10b.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil:** Comunicados do Ipea nº 58. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 17/05/11.

ISSLER, H; LEONE, C; QUINTAL, V.S. Duração do aleitamento materno em uma área urbana de São Paulo, Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, Washington, n.106, p.513-22, 1989.

KRAMER *et al.* Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior. **JAMA**, Chicago, p.286:322-6, 2001.

LEVY-COSTA, R.B; MONTEIRO, C.A. Consumo de leite de vaca e anemia na infância no município de São Paulo. **Rev. saúde pública**, São Paulo, n.38, p.797-803, 2004.

LOPES, F.A; JUSWIAK, C.R. **O uso de fórmulas infantis após o desmame.** Temas de Pediatria, Nestlé 74, 2004.

LUCAS *et al.* Breast Milk and subsequent intelligence quotient in children Born preterm. **Lancet**, London, v.339, n.8788, p.261-4, 1992.

LUCAS *et al.* Fetal origins of adult disease the hypothesis revisited. **Br. med. J.**, London, v.319, p.245-249, 1999.

MALE *et al.* Prevalence of iron deficiency in 12-mo-old infants from 11 European areas and influence of dietary factors on iron status (Euro-Growth study). **Acta paediatr jpn.**, Carlton, n.90, p.492-8, 2001.

MASCARENHAS *et al.* Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **J. pediatr.** (Rio J.), v.82, n.4, p.289-294, 2006.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MONTEIRO, C.A; REA, M.F; VICTORA, C. G. Can infant mortality be reduced by promoting breast feeding? Evidence from São Paulo city. **Health policy plan.**, Oxford, n.5, p.23-9, 1990.

MONTEIRO *et al.* Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C.A. (Ed). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: HUCITEC/USP, 1995.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. M; POPKIN, B. M. **Da desnutrição para a obesidade**: A transição nutricional no Brasil. In: Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil (C. A. Monteiro, org.), 2a Ed., São Paulo: Hucitec, 2000, p. 247-255.

MORROW *et al.* Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. **The Lancet**, London, v.353, n.9160, p.1226-31, 1999.

NEWBURG, D.S. Oligosaccharides in human milk and bacterial colonization. **J. pediatr. gastroenterol. nutr.**, New York, v.30, n.2, p.58-517, 2000.

NIQUINI *et al.* Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.12, n.3, p.446-57, 2009.

ODDY *et al.* The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. **J. pediatr.** (St. Louis), v.156, n.4, april, 2010.

OLIVEIRA, M.I; CAMACHO, L.A.B. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.5, n.1, p.41-51, 2002.

OLIVEIRA *et al.* Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1519-1530, 2005.

OLIVEIRA, M.A; OSÓRIO, M.M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **J. pediatr.** (Rio J), v.81, n.5, p.361-7, 2005.

OMS – Organização Mundial de Saúde; OPAS – Organização Pan Americana de Saúde. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno**. Brasília: Organização Mundial de Saúde/Organização Pan Americana de Saúde, 2001.

OMS – Organização Mundial de Saúde; UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância; IBFAN BRASIL – International Baby Food Action Network. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância**. Setembro, 2005.

OMS – Organização Mundial de Saúde; UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm. Acesso em: 30/03/11.

OWEN *et al.* Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. **Am. j. clin. nutr.**, Bethesda, n.84, p.1043-54, 2006.

OWEN *al.* Does initial breastfeeding lead to lower blood cholesterol in adult life? A quantitative view of the evidence. **Am. j. clin. Nutr.**, Bethesda, n.88, p.305-14, 2008.

PARANA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Recursos Humanos. Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. **Formação Inicial para Agentes Comunitário de Saúde.** Caderno do Instrutor. Unidades I, II e III. 2007.

PARANÁ. Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social. **Programa “Leite das Crianças”.** Disponível em: <http://www.leite.pr.gov.br>. Acesso em: 17/10/ 2010.

PARANÁ. SESA - Secretaria de Estado da Saúde. **Por Regional de Saúde e Município de Residência do Estado – 2010.** Número Óbito Fetal, Nascido Vivo, Número Óbito de 1 Ano Detalhado e Coeficiente de Mortalidade Perinatal, Neonatal Precoce, Neonatal Tardia, Pós Neonatal e Infantil – 2010. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2474>. Acesso em: 10/02/2011.

PENDERS *et al.* Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. **Pediatrics.**, Evanston v.118, n.2, p.511-21, 2006.

PNUD Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Ranking do IDH 2010.** Disponível em: <http://www.pnud.org.br/indicadores/>. Acesso em: 30/03/11.

PORTAL ODM. Portal Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. **Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** [on line] 2010. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br>. Acesso em: 02/12/10.

RAJARATNAM *et al.* Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970—2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. **The Lancet**, London, v.375, p. 1988 – 2008, Issue 9730, Jun 2010.

RAMOS *et al.* Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1753-1762, 2008.

REA, M.F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **J Pediatr.** (Rio J), v.80, n.5, S142-6, 2004.

SANTIAGO *et al.* Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **J Pediatr** (Rio J), v.79, n.6, p.504-12, 2003.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

SILVEIRA, F.J.F; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, n.22, p.69-77, 2006.

SINGHAL, A; LANIGAN, J. Breastfeeding, early growth and later obesity. **Obes. rev.**, Oxford, n.8, Supl 1, p.51-4, 2007.

SOARES *et al.* Uso da chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J Pediatr** (Rio J), n.79, p.309-16, 2003.

SOUZA, F. J. P. S. **Pobreza, desnutrição e mortalidade infantil:** condicionantes socioeconômicos. Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para a Infância/ Instituto de Planejamento do Ceará. 1992.

SOUZA, M.F. **Agentes comunitários de saúde. Choque de povo!** São Paulo: Hucitec, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STETTLER *et al.* Weight Gain in the First Week of Life and Overweight in Adulthood: Cohort Study of European American Subjects Fed Infant Formula. **Circulation.**, Dallas, n.111, p.1897-903, 2005.

TADDEI, J.A; LANG, R.M.F; LONGO-SILVA, G; TOLONI, M.H DE.A. **Nutrição em Saúde Pública.** Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

TOMA, T.S; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, S235-46, 2008.

TRAD, L.A.B; BASTOS, A.C.S. O impacto sociocultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.429-35, 1998.

TSUPAL, P.A. Práticas alimentares de crianças menores de um ano que compareceram na Segunda Etapa da Campanha Nacional de Vacinação nos Postos de Saúde fixos da cidade de Guarapuava-PR, em 2004. 2005. 125f. **Dissertação** [Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação mundial da infância 2008:** Caderno Brasil. Brasília, UNICEF, 2008.

VANNUCHI *et al.* Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Rev. bras. saúde matern. Infant.**, Recife, v.5, n.2, abril./jun., 2005.

VICTORA *et al.* Evidence for protection by breast feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, London, n.2, p.19-22, 1987.

VICTORA *et al.* Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? **Pediatrics.**, Evanston, n.99, p.445-53, 1997.

VICTORA, C; BARROS, F. C. A Questão da Sobrevivência Infantil no Mundo e sua Relevância para as Américas. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, jul./dez., 2005.

VICTORA *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet** **2011**; published online May 9. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

VIEIRA *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. **Rev. bras. saúde matern. Infant.**, Recife, n.4, p.143-50, 2004.

VITOLO *et al.* Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1448-1457, 2005.

WABA – World Alliance for Breastfeeding Action. Disponível em: <http://www.waba.org.my/news/portstrut.htm>. Acesso em: 30/03/11.

WHELAN, A. Myth of marsupial mother: home care of very low birth weight babies in Bogotá, Colombia. **Lancet**, London, v.25, p.1206-9, 1985.

WHO/UNICEF. **The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative**. In: Baby-Friendly Hospital Initiative. Part II. Hospital Level Implementation. Geneva, 1992.

WHO - World Health Organization. **Ottawa Charter for Health Promotion** – First International Conference on Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1 Ottawa, Canadá, 1986.

_____. World Health Organization. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva, 1991. (OMS. CED. SER. 91.14).

_____. World Health Organization. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: results of a WHO systematic review**. Note for the press N° 7. Geneva; 2 Apr 2001.

_____. World Health Organization. **Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries**. Geneva, 2003.

_____. World Health Organization. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007. Washington, 2007.

WOOLRIDGE, M.W; PHIL, D; BAUM, J.D. Recent advances in breast feeding. **Acta paediatr japn.**, Carlton, n.35, p.1-12, 1993.

WORTHINGTON-ROBERTS, B.S. **Human milk composition and infant growth and development.** In: Worthington-Roberts BS. William SR. (Ed.). Nutrition in pregnancy and lactation. 5 ed. St. Louis: Mosby, 1993, p.347-401.

APÊNDICES

APÊNDICE A

**CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE GUARAPUAVA
PROJETO: ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR**

1. Até que idade a criança deve receber o leite materno de forma exclusiva, sem introdução de água, chá ou outro alimento?

2. Com que idade a água deve ser introduzida na alimentação da criança? Por quê?

3. Até que idade a criança deve mamar no peito? Por quê?

4. Algumas mães referem que o seu leite é fraco. Existe alguma situação em que o leite da mãe é fraco? O que devemos fazer nesta situação?

5. Quais são os primeiros alimentos que a criança deve receber, além do leite materno? Com que idade eles devem ser dados para a criança?

6. Como é possível saber se o leite materno está sendo suficiente para a criança?

7. Com que idade o ovo deve ser dado para a criança? Por quê?

8. Com que idade a criança pode começar a comer a alimentação da família? Por quê?

9. Quais são os alimentos que não devem ser dados para as crianças menores de dois anos? Por que?

10. Em que situações o leite materno deve ser substituído por outro leite?

APÊNDICE B

Formulário Inicial

<p>1 Questionário Nº _____</p> <p>2 Mãe Nº _____</p> <p>3 Data da entrevista ____/____/____</p> <p>4 CIA/PSF _____</p> <p>5 Agente Comunitário de Saúde _____</p> <p>6 Entrevistador _____</p> <p>7 Nome da Criança _____</p> <p>8 Endereço e referência _____</p> <p>_____</p> <p>Telefone: _____</p>	<p>QUEST _____</p> <p>MAE _____</p> <p>DATA _____</p> <p>CIAPSF _____</p> <p>ACS _____</p> <p>ENTREVIS _____</p>
--	--

Características Sócio-Demográficas

<p>9 Qual o nome da Sra (mãe biológica)? _____</p> <p>10 Quantos anos a sra tem? ____ anos</p> <p>11 Raça/Cor (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena</p> <p>12 Qual o seu estado civil? (1) solteira (2) casada (3) união consensual (4) separada (5) viúva (6) outro _____ (8) NA (9) NI</p> <p>13 A sra... (a) foi à escola? (1) sim (2) não (8) NA (9) NI (b) Qual foi a última série concluída? _____ (88) NA (99) NI</p> <p>14 A sra sabe... (a) ler? (1) sim (2) não (8) NA (9) NI (b) escrever? (1) sim (2) apenas assina o nome (3) não (8) NA (9) NI</p> <p>15 O pai da criança... (a) foi à escola? (1) sim (2) não (3) não sabe (8) NA (9) NI (b) Qual foi a última série concluída? _____ (77) não sabe (88) NA (99) NI</p> <p>16 A sra faz algum tipo de trabalho pago? (1) sim, fora de casa (2) sim, dentro de casa (3) não (8) NA (9) NI</p> <p>17 Quantas pessoas da sua casa trabalham? (1) ____ pessoas (88) NA (99) NI</p>	<p>IDMAE _____</p> <p>RACA _____</p> <p>ECIVIL _____</p> <p>ESCOLMAE _____</p> <p>ANOESTM _____</p> <p>LE _____</p> <p>ESCREVE _____</p> <p>ESCOLPAI _____</p> <p>ANOESTP _____</p> <p>TRABMAE _____</p> <p>NTRAB _____</p>
--	---

- 18** Quanto elas ganham, todas juntas, aproximadamente em um mês?
(1) ____ (88888) NA (99999) NI
- 19** Quantas pessoas moram aqui em casa?
(1) total ____
- 20** Pai que mora com a criança é:
(1) biológico (2) adotivo (3) não mora (4) falecido (9) NI
- 21** Esta casa é:
(1) própria (2) alugada (3) arrendada (4) cedida (5) invasão (6) financiada
(7) outra _____
- 22** Tipo de casa (observe)
(1) tijolo/alvenaria (2) madeira (3) tijolo + madeira (4) outro _____ (99) NI
- 23** Quantas peças têm na sua casa?
Total: ____ Servindo de dormitório: ____
- 24** De onde vem a água que você usa?
(1) rede pública (2) poço (3) outro _____ (88) NA (99) NI
- 25** Tratamento da água para consumo:
(1) filtrada (2) fervida (3) clorada (4) sem tratamento (9) NI
- 26** Como é o saneamento (esgoto) aqui na sua casa?
(01) ligado à rede pública de esgoto (02) fossa rudimentar (03) fossa séptica (04) vala
(05) céu aberto (6) outro _____ (88) NA (99) NI
- 27** Na casa existe
- | | | |
|----------------------------|--|--|
| (a) Eletricidade | (1) sim (2) não (9) NI | |
| (b) Rádio | (1) sim Quantos? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| (c) Televisão em cores | (1) sim Quantas? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| (d) Geladeira | (1) sim Quantas? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| (e) Máquina de lavar roupa | (1) sim Quantas? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| (f) DVD/Vídeo cassete | (1) sim Quantos? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| (g) Aspirador de pó | (1) sim Quantos? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| (h) Computador | (1) sim Quantos? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| (i) Banheiro | (1) sim Quantos? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| Possuem: | | |
| (j) Empregada mensalista | (1) sim Quantos? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |
| (l) Automóvel | (1) sim Quantos? _____ (2) não (8) NA (9) NI | |

RENDA ____

NPESSOA ____

PAIMORA ____

SITUACAO ____

TIPCASA ____

NCOMOD ____

NDORM ____

ORIAGUA ____

TRATAGUA ____

ESGOTO ____

ELETRIC ____

RADIO ____

TV ____

GELAD ____

MAQLAV ____

DVD ____

ASPIRADOR ____

COMPUTA ____

BANHEIRO ____

EMPREGA ____

AUTOM ____

Identificação da Criança

- 28** _____ é menino ou menina?
(1) masculino (2) feminino
- 29** A mãe fez o pré-natal na gravidez?
(1) sim (2) não (9) NI
- 30** Recebeu orientação sobre aleitamento materno?
(1) sim (2) não (PULE PARA A QUESTÃO 32) (9) NI
- 31** Quem orientou?
(1) medico (2) enfermeira (3) curiosa/parteira (4) agente de saúde
(5) nutricionista (6) outro _____ (8) NA (9) NI
- 32** Como foi o parto?
(1) normal (2) cesariana (9) NI
- 33** O bebê tem o Cartão da Criança?
(1) sim (Pergunte: posso ver?) (2) não (9) NI
- Copie do cartão:**
- 34** Data de nascimento: ____/____/____
- 35** Idade: ____ dias (calculado pelo entrevistador)
- 36** Peso ao nascer: ____ gramas (Cartão da Criança)
- 37** Idade gestacional ____ semanas
- 38** Ele(a) mama no peito?
(1) sim (PULE para a questão 340)
(2) não. Parou com que idade? ____ dias
(3) nunca mamou (9) NI
- 39** Porque deixou de mamar / nunca mamou?
(1) leite insuficiente (2) criança não queria (3) criança estava doente
(4) mãe não queria (5) mãe estava doente
(6) mãe trabalhava / estudava (7) problema no seio
(8) outro _____ (88) NA (99) NI
- 40** A sra já deu outro tipo de leite além do leite materno?
(1) sim. Qual? _____ (2) não (3) nunca mamou (8) NA (9) NI
Com que idade começou a tomar outro tipo de leite? ____ dias
- 41** Desde ontem até agora ele tomou alguma coisa na chucha/mamadeira?
(1) sim O que _____ (2) não (9) NI
Com que idade começou a usar chucha/mamadeira? ____ dias
- 42** A sra dá água para ele(a)? (1) sim (2) não (9) NI
Com que idade começou a dar água? ____ meses e ____ dias
- 43** A sra dá algum chazinho para ele? (1) sim (2) não (9) NI
Com que idade começou a dar chazinho? ____ meses e ____ dias
- 44** Ele(a) chupa chupeta (1) sim (2) não (9) NI

SEXO

PNATAL

ORIENTAM

QORIENTAM

TIPOPART

CARTAO

DATNASC

IDADE

PESNASC

IDGEST

PEITO

IDPEITO

DESMAME

OUTLEI

IDOUTLEI

MAMAD

IDMAMAD

AGUA

IDAGUA

CHA

IDCHA

CHUPETA

Saúde da Mulher

44 Com que idade teve a primeira menstruação: ____ anos

45 Com que idade teve a primeira gravidez? ____ anos

(0) NA (9) NI

46 Teve quantos filhos?

____ nascidos vivos

____ mortos após o nascimento

____ vivos atualmente

____ nascidos mortos (> 28 semanas de gestação)

Data de Nascimento

a) 1º filho ____/____/____ PN ____

b) 2º filho ____/____/____ PN ____

c) 3º filho ____/____/____ PN ____

d) 4º filho ____/____/____ PN ____

e) 5º filho ____/____/____ PN ____

Com que idade a senhora teve o primeiro filho?

47 Está usando algum método para evitar filho?

(1) sim (2) não (3) outro _____ (8) está grávida (9) NI

48 **Se sim:** que método está usando?

(1) Fez laqueadura/ligadura (2) Pílula (3) Camisinha (4) DIU

(5) Diafragma (6) Tabela (7) Outro _____

(8) está grávida (8) NA (9) NI

MENARCA ____

IDGRAV ____

NNASCVIV ____

NMORNASC ____

NVIVHJ ____

NNASCMOR ____

DNSPRI ____

PNPRI ____

DNSPRI ____

PNPSEG ____

DNSPRI ____

PENTER ____

DNSPRI ____

PNQUAR ____

IDPRIM ____

ANTICONC ____

QANTICONC ____

Impressões do Entrevistador

49 Qual foi a sua impressão sobre a mãe?

(a) parecia desinteressada (1) sim (2) não (0) NA (9) NI

(b) parecia entusiasmada (1) sim (2) não (0) NA (9) NI

(c) queria se ver livre de mim (1) sim (2) não (0) NA (9) NI

(d) colaborativa (1) sim (2) não (0) NA (9) NI

(e) gostou de ser incluída no estudo (1) sim (2) não (0) NA (9) NI

(f) outro _____ (2) não (0) NA (9) NI

DESINT ____

ENTUS ____

LIVRE ____

COLAB ____

GESTUD ____

OUTIMP ____

APÊNDICE C

QUESTIONARIO DE ACOMPANHAMENTO

1	Questionário nº:.....	Quest.....
2	Nome da mãe:.....	
3	Data da entrevista:.....	DATA.....
4	CIA/PSF:.....	CIA/PSF.....
5	ACS:.....	ACS.....
6	Entrevistador:.....	ENT.....
7	Nome da criança:.....	
8	Endereço, telefone e referencia:.....	
9	Desde ontem até hoje, ele(a) mamou no peito?	
	(1) Sim	PEITO.....
	(2) Não. Parou com que idade?.....dias	ID PEITO.....
10	Porque deixou de mamar?	DESMAME.....
	(1)leite insuficiente (2)criança não queria (3)criança estava doente	
	(4)mãe não queria (5)mãe estava doente (6)mãe trabalhava/estudava	
	(7)problema no seio (8)outro:.....	
	(88) NA (99) NI	
11	A Sra. já deu outro tipo de leite além do leite materno?	OUTLEI.....
	(1)sim.Qual?..... (2)não (3)nunca mamou (88)NA (99)NI	QUALEI.....
	Com que idade começou a tomar outro tipo de leite?.....dias	IDOUTLEI.....
12	Desde ontem até agora ele(a) tomou alguma coisa na chucha/mamadeira?	MAMAD.....
	(1)sim. O que?..... (2)não (88)NA (99)NI	OQUEMAMAD..
	Com que idade começou a usar chucha/mamadeira?.....dias	IDMAMAD.....
13	A Sra. dá água para ele(a)?	AGUA.....
	(1)sim (2)não (88)NA (99)NI	
	Com que idade começou a dar água?.....meses edias	IDAGUA.....
14	A Sra. dá algum chazinho para ele(a)?	CHA.....
	(1)sim (2)não (88)NA (99)NI	
	Com que idade começou a dar chá?.....meses edias	IDCHA.....
15	Ele(a) chupa chupeta?	CHUPETA.....
	(1)sim (2)não (88)NA (99)NI	
16	A Sra. recebeu orientação sobre aleitamento materno do ACS durante esses ultimo mês?	ORIENT.....
	(1)sim (2)não (88)NA (99)NI	
	Qual orientação?.....	QUALORIENT..

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidada a participar VOLUNTARIAMENTE de um estudo intitulado “Estudo de Intervenção na Promoção do Aleitamento Materno Exclusivo em crianças menores de seis meses na região urbana de Guarapuava-PR”, proposto e coordenado pela pesquisadora Prof^a.Ms.Priscila Tsupal, docente do Departamento de Nutrição da Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO, em Guarapuava-PR. Participarão também deste estudo alguns acadêmicos do Curso de Nutrição da UNICENTRO.

O Estudo tem como objetivo principal verificar como está a amamentação e a alimentação de crianças menores de seis meses de vida na região urbana de Guarapuava-PR. Será necessário entrevistar você, mãe, através de um questionário.

Este estudo não apresenta riscos à saúde dos participantes, sendo apenas uma coleta de dados de informações.

A sua participação neste estudo é voluntária e mesmo que você decida em participar, terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo para você ou para seu filho(a).

Você pode e deve fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar desde estudo que estaremos prontos para saná-las.

A sua identificação será mantida em sigilo completo e os resultados do estudo serão publicados sem revelar sua identidade ou a do seu filho(a). Quando os resultados forem publicados não aparecerá o seu nome e nem o nome do seu filho(a) e sim um código.

A sua participação é de máxima importância!

Eu,..... li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidada a participar. A explicação que recebi menciona que não haverá riscos para mim e para o meu filho(a). Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Guarapuava 2007/2008

Prof^a. Ms. Priscila Tsupal
Telefone de contato (42) 9108-2419

Mãe da criança

ANEXO



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COMEP/UNICENTRO

Ofício nº 026/2008 - COMEP/UNICENTRO

Guarapuava, 04 de Julho de 2008.

Senhora Professora

Comunicamos que o projeto de pesquisa intitulado “Estudo de Intervenção na Promoção de Aleitamento Materno Exclusivo em Crianças Menores de Seis Meses na Região Urbana de Guarapuava - PR”, protocolado sob o nº 03416/2008 foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nossa Instituição em sua Reunião Ordinária, realizada em 04 de Julho de 2008.

Em atendimento à Resolução 196/96 do CNS, deverá ser encaminhado ao COMEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Pesquisadora: Priscila Tsupal Tenório Gomes.

Atenciosamente,

Prof. Ms. Ivo Ilvan Kerppers,
Presidente do COMEP/UNICENTRO.

Ao Senhor,
Prof. Ms. Priscila Tsupal Tenório Gomes.
Departamento de Nutrição – DENUT/G
UNICENTRO.